Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 52. 24. December. 1889. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen.

Primärer Lupus des Kehlkopfeinganges — Operation mittelst Pharngotomia subhyoidea.

Von Prof. Dr. *C. Garrè*, I. Assistenzarzt der Klinik.

Seit man der lupösen Erkrankung der Schleimhäute mehr Beachtung schenkt, findet man nicht so selten den Kehlkopf damit afficirt. In fast allen bisher bekannt gewordenen Fällen handelt es sich um eine secundäre Localisation, nach jahrelangem Bestehen dieser hartnäckigen Krankheit auf der äussern Haut, besonders im Gesicht.

Wie die Erkrankung nur ganz ausnahmsweise die Schleimhaut als Ausgangspunkt wählt, so ist von primärem Lupus des Kehlkopfes nur ein einziger Fall in der deutschen Literatur bekannt geworden. Es ist dies die oft citirte Beobachtung v. Ziemssen's, mitgetheilt in seinem Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie (p. 368).

Die Publication eines weiteren derartigen Falles dürfte nicht nur der Seltenheit solcher Beobachtungen wegen für den Laryngologen von Interesse sein, sondern auch dem Chirurgen wegen der ausgeführten Exstirpation des ganzen Aditus laryngis sammt Kehldeckel durch die Pharyngotomia subhyoidea einiges Bemerkenswerthe bieten, und zwar um so eher, als durch diese an und für sich selten ausgeführte Operation nicht nur Heilung, sondern auch ein functionell durchaus befriedigendes Resultat erzielt wurde.

Ich gebe zunächst einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte[1]):

M. P., 28 Jahre alt, Dienstmagd. Im Frühjahr 1888 bemerkte Patientin zum ersten Mal eine warzenartige Erhebung auf dem hinteren Theil der Zunge, die sie beim Essen hinderte. Sie kam in Behandlung von Dr. F. in Glarus, der wegen Verdacht auf Tuberculose diese Stellen öfter mit Milchsäure ätzte und zum Zwecke mikroscopischer Untersuchung ein Stück dieser Wucherungen excidirte. Es ergab sich aber kein sicherer Anhaltspunkt für Tuberculose.

Am 3. December 1888 kam die Kranke in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Aufnahme. Der Status ergab eine wohlgenährte etwas blass aussehende Person, ohne irgendwelche Anzeichen von überstandener Scrophulose oder Lues. Auf dem hintern Theil des Zungenrückens eine flache, ca. markstückgrosse, warzenartig zerklüftete Erhebung, die sich derb anfühlt, jedoch schmerzlos ist. Nach vorn eine lineäre Narbe. Das Ligamentum glosso-epiglotticum narbig verkürzt.

Die Epiglottis ist an ihrem freien Rande verdickt, theils narbig, theils ulcerös und scheint auf der linken Seite defect zu sein. Kein Ulcus daselbst. Die Infiltration ist nicht diffus, sondern körnig höckrig und beschlägt die vordere und die hintere Seite. Diese Infiltrate sehen derben Granulations-Knöpfchen gleich, sind aber grossentheils mit Epithel bedeckt. Entzündliche Erscheinungen in der Umgebung, wie auch im Kehlkopfe fehlen.

Die Stimme ist klar. Keine Schlingbeschwerden. Submaxillare Lymphdrüsen nicht geschwellt.

Die Lungen sind normal; auch die Lungenspitzen ohne katarrhalische Erscheinungen. Keine erhöhte abendliche Temperatur, kein Husten. Keine Hauterkrankung, noch Residuen einer solchen.

Patientin bekommt nun innerlich 4 Wochen 48 g Jodkalium. Ein therapeutischer Erfolg war nicht zu verzeichnen. Lues konnte nun ausgeschlossen werden.

Ebenso geringen Erfolg hatte die nunmehr folgende antituberculöse Therapie, bestehend in Jodoformtannin-Einblasungen und später Milchsäure-Bepinselungen. Die Epiglottis war im Gegentheil in den letzten Wochen entschieden unförmiger geworden. Der freie obere Rand trägt neben kleinen Geschwürchen mit röthlichem Grunde tuberkelartige Erhebungen. Die Lig. ary-epiglottica im oberen Theile geschwellt und mit Knötchen besetzt.

Es wird nun mit einer besonders construirten schneidenden Zange in einigen Sitzungen unter Cocainanästhesie die Pars libera der Epiglottis bis zum Zungengrund entfernt. Nun zeigte sich auch der petiole Theil des Kehldeckels mit diesen derben knopfförmigen Infiltraten besetzt. Die Patientin kam hierauf für einige Wochen auf's Land, und trat erst Ende April wieder in klinische Behandlung.

Die Erkrankung hatte inzwischen weiter um sich gegriffen. Ausser den verrucösen Excrescenzen am Zungengrund, die sich gleich geblieben sind, fand sich eine geschwürige Stelle am untern Theil des rechten Gaumenbogens auf derb infiltrirter Basis. Die Lig. ary-epiglottica und die Arywülste beiderseits derb geschwellt mit körniger Oberfläche. Die Incis. interaryt., sowie die Stimmbänder sind frei. Keine acut entzündlichen Erscheinungen. Stimme leicht belegt. Trotz einiger oberflächlicher Geschwüre nur unbedeutende Schlingbeschwerden. Lungen frei. Ernährungszustand gut.

19. V. 89. Pharyngotomia subhyoidea, um den Rest der Epiglottis und die übrigen erkrankten Theile zu exstirpiren. Als Voroperation Tracheotomia inf. mit Einlegen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle. Der Epiglottisrest wird nun vollständig bis in die Incisura thyreoidea exstirpirt, die Plicae ary-epiglotticae abgetragen, rechts bis zum Rande des Taschenbandes, links etwa 2 mm weniger. In fortlaufender Linie wird die Schleimhaut bis zur Incisura sammt dem Wrisberg'schen, dem Santorin'schen und den Spitzen der Aryknorpel abgetragen, so dass vom Aditus laryngis nur eine kleine Schleimhautbrücke (die Incisur) übrig bleibt. Die untersten Theile der Gaumenbögen werden ebenfalls rechts auf ca. 3 cm, links auf 1 cm mit der Scheere ausgeschnitten. Es ist nun alles erkrankte Gewebe entfernt.

Um eine Narbenstenose des Kehlkopfeinganges zu vermeiden, umsäume ich fast den ganzen Aditus laryngis mit der

[1]) Eine ausführlichere Mittheilung hierüber wird im VI. Band der Beiträge zur klinischen Chirurgie von Bruns, Czerny, Krönlein und Socin erscheinen.

leicht verschieblichen vorderen Rachenschleimhaut. Die Pharyngotomiewunde selbst vereinige ich sorgfältig durch die Etagennaht bis auf den linken Wundwinkel, der mit Jodoformgaze leicht austamponirt wird.

Der Wundverlauf war ein glatter. An Stelle der Tamponcanüle wird noch am ersten Abend eine gewöhnliche Silbercanüle Nr. 6 eingelegt. In den ersten Tagen klagt die Kranke über heftige Schmerzen bei Schluckbewegungen und hustet sehr viel. Die Ernährung geschieht die nächsten 5 Tage per Clysma, sodann mit der Schlundsonde, welche aber nicht liegen bleibt.

Nach einigen Wochen kann die Patientin breiige Sachen schlucken, während dünnflüssige grossentheils wieder durch die Canüle ausgehustet werden. Ende Juni isst und trinkt sie in normaler Weise. Die Athmung durch den Kehlkopf ist frei, die Canüle wird entfernt.

Die Zungenaffection wird zu wiederholten Malen galvanocaustisch gebrannt.

Im laryngoscopischen Bild erscheint der Kehlkopfeingang als ca. 3 mm breiter Schleimhautwulst in Gestalt eines gleichschenkligen Dreiecks, dessen Spitze an der Zungenbasis direct anliegt. Die beiden Schenkel fallen mit den Taschenbändern zusammen. Arywülste und Incisur sind verschwunden. Bei der Phonation bewegen sich die Amputationsstümpfe der mit normaler Schleimhaut bedeckten Aryknorpel gegen einander. Stimmbänder ganz normal. Stimme klar.

Zu Anfang October sah ich die Patientin in bestem Wohlbefinden und völlig arbeitsfähig. Die Athmung ist frei ohne irgend welche stenotische Erscheinungen. Die Stimme von normalem Klang Ein Recidiv ist nicht aufgetreten, nur am Zungengrund ist noch ein kleiner Ueberrest der warzigen Wucherung. Lungen ohne Besonderheit.

Was die Diagnose anbelangt, so können nach der obigen Krankengeschichte nur drei Affectionen ernstlich in Frage gezogen werden, nämlich Syphilis, Tuberculose und Lupus. Lepra kommt ausser Betracht, da Patientin Süddeutschland und die Schweiz nie verlassen hat.

Bei der Syphilis denken wir an die Spätformen entzündlichen Characters, vor Allem an das von Lewin geschilderte kleinnodulöse Syphilid. Dasselbe besteht aus einer Menge von schrotkorngrossen Infiltraten, die zum Theil zerfallen und oberflächliche Geschwüre bilden. Die Epiglottis ist der Lieblingssitz derselben.

Nach Mackenzie und Chiari's Ansicht ist die Differentialdiagnose am schwierigsten gegenüber Syphilis. Der Rath geht im Allgemeinen dahin, ex juvantibus die Diagnose zu stellen.

Leffert hält im Gegentheil dafür, dass Lupus und Tuberculose sich am ähnlichsten sehen und gestützt auf meine obige Beobachtung, möchte ich ihm durchaus zustimmen.

Unsere Therapie ging denn in der That auch darauf aus, alle Zweifel in dieser Hinsicht zu heben. Die instituirte energische Jodkaliumcur blieb durchaus erfolglos und damit konnte der luetische Ursprung der Erkrankung mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Die Tuberculose hätte schon ihrer Häufigkeit halber die grösste Wahrscheinlichkeit für sich. Indessen, so häufig sie sonst im Kehlkopf sich localisirt und auch den Kehldeckel mitafficirt, so ist doch meines Wissens ein primäres Auftreten der Tuberculose an der Epiglottis noch nicht beobachtet. Der Anamnese nach könnte man an eine primäre Zungentuberculose mit secundärer Kehldeckelaffection denken. Doch ist über eine verrucöse Form der Zungentuberculose neben der ulcerösen und tuberösen Form nicht bekannt, obschon sie auf der äusseren Haut nach Karg, Riehl und Paltauf diese Erscheinungsform annehmen kann, während der Lupus nicht selten als L. papillaris und verrucosus vorkommt und auch auf Schleimhäuten gern papillären Charakter zeigt.

Ueber Lupus der Zunge selbst liegen freilich höchst lückenhafte Angaben vor. Butlin[2]) sagt in seiner Monographie: »Die meisten Autoren beobachten über den Lupus der Zunge Stillschweigen, so dass ich diese Erkrankung als eine sehr seltene betrachten muss.« Er selbst weiss über zwei Fälle zu berichten. Wo in der deutschen Literatur bei Besprechung der lupösen Rachen- und Kehlkopferkrankungen die Rede hierauf kommt, werden gewöhnlich flache Narben und einzelne Knötchen an deren Rändern genannt, die sich wie es scheint mit Vorliebe auf dem hintern Theil der Zunge localisiren und nach Idelson[3]) im Verein mit Kehlkopflupus nicht gar selten sind.

Was die Erscheinungsformen der Tuberculose am Kehldeckel im Gegensatz zu Lupus betrifft, so sei bemerkt, dass der tuberculöse Process an der Epiglottis sehr schwere Zerstörungen setzt. Ein gleichzeitiges, hochgradiges Oedem gibt ihm wulstige Form. Die Infiltration beginnt an der hinteren Fläche und stellt kleine Knötchen dar, die bald zerfallen und flache kraterförmige Geschwüre bilden, welche mehr oder weniger rasch in grössere zusammenhängende Flächengeschwüre übergehen. Die Geschwüre sind meist mit zähem graugelbem bis grünlichem Secret bedeckt. Im weiteren Verlauf wird der Knorpel durch die Ulcerationen allmählich zerstört, dass zuweilen nur Rudimente von ihm übrig sind. (Bresgen.)

Bei unserer Kranken fehlt vor Allem das entzündliche Oedem, wie überhaupt alle Entzündungserscheinungen sehr in den Hintergrund treten. Statt der punktförmigen Infiltrate fanden sich grobkörnige drusige Verdickungen, die sich über die ganze Epiglottis ausbreiteten und später auch die Lig. aryepiglottica einnahmen. Auch der allgemeine geschwürige Zerfall trat nicht ein. Wohl bildeten sich da und dort kleine Ulcera, die aber nicht zu grösseren Flächengeschwüren um sich griffen. Das einzige namhafte Ulcus ist am Gaumenbogen aufgetreten, hat sich aber nicht ausgebreitet, sondern im Gegentheil gereinigt. Dabei blieb trotz der diffusen Infiltration die Schleimhautdecke über weitaus der grösseren Epiglottisfläche intact.

Die tuberculösen Geschwüre breiten sich im Kehlkopfinnern sehr rasch aus, ergreifen früh die Stimmbänder und localisiren sich in der Incisura interarytaenoidea. Hier im Gegentheil: ein langsames Ausbreiten längs den ary-epiglottischen Falten auf die Arywülste, während der Dauer eines halben Jahres. Die Stimmbänder blieben stets vollkommen frei, selbst ohne katarrhalische Affection, auch die Incisura interarytaenoidea blieb verschont.

Alle Larynxphthisiker leiden unter Dysphagie und ausstrahlenden Schmerzen; besonders wenn die Epiglottis befallen ist, steigern sie sich oft zu einer unerträglichen Höhe, und der Ernährungszustand der Kranken geht sichtlich zurück. Unsere Patientin hatte weder zu Beginn, noch im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit irgend nennenswerthe Beschwerden, es seien denn solche in Folge eines therapeutischen Eingriffs. Vor Allem bestand nie Dysphagie trotz der starken Infiltration, was sich jedenfalls durch den Mangel an gleichzeitigen Entzündungserscheinungen erklärte. Daher blieb auch der Ernährungszustand ein guter.

Der torpide Character des Kehlkopflupus wird von allen Beobachtern bemerkt. Ein grosser Theil der Kranken trägt das Leiden jahrelang ohne bemerkenswerthe Beschwerden.

Noch ein Symptom, das ich im ersten Status erwähnt finde, spricht in positivem Sinne für Lupus. Das Lig. glossoepiglotticum ist narbig verkürzt, und der freie Epiglottisrand schien auf der einen Seite einen Substanzverlust erlitten zu haben; ein Geschwür war aber an dieser Stelle nicht vorhanden.

---

[2]) Butlin, Krankheiten der Zunge. Wien, 1887.

[3]) Idelson, Ueber Lupus der Schleimhäute. 1879, Berner Dissertation.

Diese Narbenbildung kommt bei Tuberculose (abgesehen in Folge von therapeutischen Eingriffen) fast gar nicht vor, bildet aber ein Characteristicum für den Lupus, worauf besonders Stoerk und Eppinger grosses Gewicht legen.

(Schluss folgt.)

Aus der Krankenabtheilung der k. Gefangenanstalt Zweibrücken.

Die „infectiöse" Form der fibrinösen Lungenentzündung.

Von Dr. *C. Osthoff.*

(Schluss.)

XIX. —, 18 Jahre alt, 7 Monat detinirt, (Arbeitssaal Nr. 46, I. Stock, Schlafsaal Nr. 48, I. Stock, jugendliche Abtheilung), fühlte seit einigen Tagen grosse Mattigkeit, Kopfweh mit Schwindel abwechselnd, bei stetig abnehmender Esslust. Am 3.IV. in's Anstaltsspital aufgenommen klagt Patient über Stechen in der Achselhöhle linkerseits ohne initialen Frost. LHU und LVO in der Axilla Abschwächung des Percussionsschalles ohne auscultatorische Phänomene, Zunge dick belegt, Urin frei von Eiweiss.

3.IV.	Früh 39,8	Abend 40,0.	1 Spr. 50 proc. Antipyrinlösung.				
4.IV.	» 38,1	» 39,0	7.IV.	Früh 38,2	Abend 37,8		
5.IV.	» 38,8	» 40,5	8.IV.	» 37,5	» 37,5		
6.IV.	» 38,0	» 39,3	9.IV.	» 37,8	ausser Bett.		

9.IV. Abend 38,6. — 10.IV. Früh 37,4. — Am 11.IV. entlassen.

XX. —, 21 Jahre alt, (Schneidersaal Nr. 5, Schlafsaal Nr. 9, I. Stock), 8 Monate inhaftirt, ass am Abend des 10.IV. mit Appetit, fror um 8 Uhr, bekam Stiche in der rechten Brustseite und im Kopf und wurde in der Nacht noch wegen heftigen Stöhnens von der Abtheilung in das Anstaltsspital verbracht. Kein Erbrechen.

11.IV. Früh 40,0, Abend 41,0. — 12.IV. Früh 40,0, Abend 40,0. — 13.IV. Früh 40, Abend 41,0. 1 Spritze 50 proc. Antipyrinlösung. — 14.IV. Früh 40,0, Abend 40,0. 3 mal 0,3 Antifebrin, $^1/_2$ Spritze Morphin. — 15.IV. Früh 40,2, Abend 40,3. — 16.IV. Früh 40,0, Abend 40,3. Sehr elend und matt. 1 stündl. 1 Spritze Ol. camphor. — 17.IV. Früh 38,3, Abend 37,8. — 18.IV. Früh 37,5 und in der Folge normal.

Anfänglich nur RHU neben der Wirbelsäule Dämpfung und Knattern, am 12.IV. auch LHU. Herpes lab., Milz leicht vergrössert, keine Albuminurie, Herzdämpfung reicht nach rechts auf das Sternum herauf. Am 16.IV. auf der lateralen Partie der Spin. scap. rechts Knistern und Dämpfung. Milz kleiner. LHU 3 Querfinger, RHU u. RH auf der Spin. scap. Dämpfung und unbestimmtes, nie bronchiales Athmen.

Nach längerer Pause brachten die letzten Tage des April noch einige neue Erkrankungen, welche ihrem Charakter nach hieher gehören und darum nachträglich — ebenso wie die auf den Monat Mai verstreuten und eine terminale vom 18. Juni — noch eine Stätte finden sollen. Mit 27 Erkrankungen im Ganzen schliesst die Epidemie ab, 27 auf 303 durchschnittlicher Tagesbevölkerung, von denen allerdings nur 2 tödtlich endeten, — dem Resultat nach keine sehr perniciöse Krankheit, wohl aber nach dem Verlaufe und dem Gesammtbilde.

XXI. —, 28 Jahre alt, Korbflechter, (Arbeitssaal Nr. 9, Part., Schlafsaal Nr. 46, Part.), war am Abend des 20.IV. völlig wohl, verspürte am 21.IV. früh beim Aufstehen heftigen Frost, Schmerzen in allen Gliedern, Kopfweh ohne Erbrechen und kam noch zitternd am ganzen Körper früh 9 Uhr in's Anstaltslazareth. Beim kurzen Husten Weh im Scrob. cord. und in der Lendengegend.

21.IV.	Früh 40,5	Abend 40,0.	Inj. 50 proc. Antipyrinlösung.				

1 stündl. 1 Esslöffel Vin. Xer. und 1 Spritze Ol. camph.

22.IV.	Früh 40,0	Abend 39,4	23.IV.	Früh 40,4	Abend 40,0		
24.IV.	» 39,5	» 40,1	25.IV.	» 38,5	» 40,2		
26.IV.	» 39,5	» 39,5.	Ordination vom 21.—26.IV.				

gleich, ab und zu Morphininjectionen wegen heftigen Stechens und erschwerten Athmens.

27.IV.	Früh 37,4	Abend 38,3	30.IV.	Früh 372,	Abend 38,2		
28.IV.	» 37,3	» 38,0	1.V.	» 37,4	» 38,6		
29.IV.	» 37,2	» 38,0	2.V.	» 37,5	» 37,5		

Am 21.IV. Gesicht fleckig cyanotisch. Fortwährendes Stöhnen, unsägliches Elendgefühl. Am 22.IV. Würgen und Brechneigung; lallt am 23.IV. Abends kaum mehr. Am 24. und 25. früh etwas freier und ruhiger, Abends laute Delirien mit hochgradiger Cyanose und Dyspnoe. Vom 27.IV. an rasche Besserung und Erholung derart, dass Patient am 4.V. zu leichter Arbeit wieder tauglich war.

Der physikalische Befund zeigte keine ausgebreiteten Localisationen.

22.IV. RHM und RHU Dämpfung. RV in der Axilla Knattern. Milz gross. Herz nicht verbreitert. Töne rein. Urin frei von Albumen, ebenso an den folgenden Tagen.

23.IV. Rechts wie gestern, noch kein Bronchialathmen. Heftiges Kopfweh. Herz um einen Querfinger nach rechts verbreitert. Milz wie gestern.

24.IV. RV Weh in der Achselhöhle. Bronchialathmen, Dämpfung, Knattern. LHU handbreite Dämpfung. Herz noch mehr nach rechts verbreitert.

25.IV. Blut im Sputum, bis zum 29. mit viel Husten. Stich rechts vorbei seit 27.IV.

XXII. —, 39 Jahre alt, Schneider, (Arbeitssaal Nr. 5, I. Stock, Schlafsaal Nr. 9, I. Stock), 13 Monate im Haus, stellte sich mir am 21.IV. mit allgemeinem Unbehagen und Husten, welcher schon 8 Tage bestanden haben soll, vor. 21.IV. Temperatur 37,5.

Am 22.IV. Abend 40,5, ist ernstlich unwohl. Zunge braungelb, Urin $^1/_5$ Albumen. Kein Erbrechen. 1 stündlich 1 Spritze Ol. camphor. und 1 Esslöffel Vin. Xerens. Keine Antipyretika. Am 24.IV. Ol. ricini.

23.IV.	Früh 38,9	Abend 39,3	28.IV.	Früh 37,4	Abend 38,0		
24.IV.	» 37,8	» 39,5	29.IV.	» 37,5	» 38,0		
25.IV.	» 36,0	» 39,5	30.IV.	» 37,3	» 38,0		
26.IV.	» 39,4	» 36,2	1.V.	» 36,7	» 38,3		
27.IV.	» 37,2	» 38,2	2.V.	» 37,4	» 37,4		

Am 23.IV. LHU Dämpfung. Herz nicht verbreitert. Milz?

Am 24.IV. LH totale Dämpfung ohne auscultatorischen Befund.

Am 24.IV. Mittag wiederholter Frost, darauf vollständige Bewusstlosigkeit mit heftigen Delirien. Um 3 Uhr dünner lehmfarbener Stuhl mit nachfolgender Aufhellung der Sinne. Um 6 Uhr erneute starke Frostanfälle, die um 7 Uhr relativer Euphorie Platz gemacht hatten. Diese hält auch am 25.IV. an. Die Milz ist heute entschieden vergrössert.

26.IV. Urin frei von Eiweiss. Zunge dickgelb. Herz nicht mehr nach rechts verbreitert, wie am 24.IV. RHU Dämpfung, 1 mal inspiratorisches Knistern. RV in der Axilla Dämpfung ohne Veränderung des normalen Athemgeräusches.

27.IV. Subjectiv und objectiv völlige Reconvalescenz. Appetit und Schlaf gut.

3.V. Heftige rheumatoide Schmerzen im rechten Schultergelenk. 2 mal 50 proc. Antipyrin subcutan, hierauf Besserung.

5.—7.V. Brennen in der Harnröhre beim Uriniren. Weicher Katheter gelangt schmerzlos in die Blase. Urin normal.

Am 13.V. gesund in die Abtheilung entlassen, wo er sich um den 17.V. wieder unwohl fühlte. Unterschenkel und Knöchelgegend sind am Abend mässig angeschwollen bei $^1/_5$ Vol. Eiweiss im Urin, der mikroscopisch nur feinverfettete Nierenepithelien enthält. Augenhintergrund am 25.V. normal. Am 27.V. zum letzten Mal nach dem Aufstehen $^1/_7$ Albumen im Harn. Temperatur nur am Aufnahmetag (18.V. Abends): 37,9°. Dauernde Genesung.

XXIII. —, 37 Jahre alt, Korbflechter, (Arbeitssaal Nr. 9, Part., Schlafsaal Nr. 46, Part.), fühlte sich seit 8 Tagen nicht ganz wohl, bekam am 29.IV. nach dem Verlassen des Bettes heftigen Frost mit Beklemmung und Stechen auf der Brust, dass ihm fast die Sinne vergingen, und Brechneigung ohne Kopfweh.

30.IV. Früh 41,2 Abend 40,0. Nur Vin. Xer. Hat geschlafen. LHU Dämpfung, Knattern, Stechen beim Husten daselbst, der viel Auswurf mit einigen Blutfasern zu Tage fördert. Milz vielleicht etwas vergrössert, Urin ohne Eiweiss.

1.V. Früh 37,4 Abend 38,5. — 2.V. Früh 36,9 Abend 37,5,

LV in der Axilla Knattern, Milz klein. — 3.V. Früh 37,3, Abend 37,4, Auswurf nicht mehr blutig. Kein Stechen und keine Klage. — 4.V. entlassen.

XXIV. —, 40 Jahre alt, Schneider, (Arbeitssaal Nr. 5, I. Stock, Schlafsaal Nr. 13, I. Stock), 46 Monate im Haus, wurde am 5.V. in der Mittagkirche von Frost und stechendem Kopfschmerz befallen. Zunge mässig belegt, Herz nicht verbreitert, Töne rein. Milz am 7.V. entschieden vergrössert. Urin stark eiweisshaltig. RHU, RV in der Axilla Dämpfung des Percussionsschalles ohne auscultatorische Veränderung.

6.V. Früh 39,3 Abend 40,6. 3mal 0,3 Antitebrin. — 7.V. Früh 40,7 Abend 40,0, viel Kopfweh, desshalb Früh 7 Uhr und Abend $^1/_2$7 Uhr je 1 Spritze 50 proc. Antipyrinlösung. — 8.V. Früh 38,5 Abend 37,5. — 9.V. Früh 38,8 Abend 37,9. — 10.V. Früh 37,5 Abend 37,8.

9.V. Milz kleiner, Zunge mässig belegt, Urin $^1/_{20}$ Album. RHU tympanitischer Percussionsschall bei normalem Athmen. Sehr matt und elend. Ab und zu noch Kopfschmerz. Die Klagen waren bis zum 13.V. verstummt, an welchem Tage Patient in die Abtheilung zurückkehrt. Allerdings nicht auf lange.

Am 18.V. meldet er sich wieder zur ärztlichen Visite. Auf der gleichen rechten Seite waren die Beschwerden in verstärktem Maasse wieder zum Vorschein gekommen und es entwickelte sich auf der nämlichen Stelle ein ausgesprochenes Recidiv, bei welchem die Allgemeinsymptome in den Hintergrund traten, den localen den Vorrang einräumend — ein Verhalten, das dem beim ersten Anfall gerade entgegengesetzt war.

18.V.		Abend	38,3	26.V.	Früh	38,0	Abend 38,3
19.V.	Früh	37,8	» 38,0	27.V.	»	36,4	» 37,4
20.V.	»	36,0	» 38,0	28.V.	»	37,4	» 36,0
21.V.	»	37,4	» 38,1	29.V.	»	36,6	
22.V.	»	37,6	» 38,0	1.VI.	»	36,4	» 36,5
23.V.	»	36,0	» 38,9	2.VI.	»	36,3	» 38,2
24.V.	»	38,0	» 38,3	8.VI.	»	37,0	» 37,2
25.V.	»	37,2	» 38,3				

RHM intensive Dämpfung, hohes hallendes Bronchialathmen, Knattern. Milz klein.

26.V. weniger absolute Dämpfung, Bronchialathmen wieder hauchend, hohes Knistern.

27.V. eine Stelle sehr hohen, feinsten Knisterns. Dämpfung nicht mehr so ausgesprochen.

Am 10.VI. zu leichter Arbeit entlassen.

XXV. —, 22 Jahre alt, (Korbflechterzelle Nr. 17, Part., Wohn- u. Schlafraum), ist seit dem 14.V., nachdem er 8 Monate vollständig wohl in der Anstalt zugebracht, nach einleitendem Froste unter Kopfweh und Appetitlosigkeit unpässlich und klagt über Schmerzen in allen Gliedern. Kein Erbrechen.

Am 16.V. Aufnahme in's Lazareth.

17.V.	Früh	38,0	Abend 40,4	20.V.	Früh	38,5	Abend 37,8
18.V.	»	38,7	» 39,3	21.V.	»	37,6	» 37,4
19.V.	»	39,0	» 38,8	22.V.	»	36,7	» 37,3

LHM und V leichte Dämpfung, ungemein elend und matt. Milz klein, Urin frei von Albumen.

Am 19.V. etwas besser; Augenhintergrund normal.

25.V. in die Abtheilung entlassen.

XVI. —, (Schusterei, Arbeitssaal Nr. 1, I. Stock, Schlafsaal Nr. 2, I. Stock), bekam am 21.V. nach längerer Verstopfung Leibweh und am 22.V. ohne begleitenden Kopfschmerz und Frost galliges Erbrechen. Urin bei der Aufnahme $^1/_5$ Albumen.

Am 23.V. starker Kopfschmerz, seltener, trockener Husten. RHU kleine Dämpfung. Inj. Antipyr. 50 Proc. 1 Spr. Herztöne rein, Herz nicht verbreitert. Milz stark vergrössert. Kein Herpes.

24.V. Zunge mässig belegt. Urin $^1/_5$ Albumen. Seltener Husten. Immer noch Kopfweh. Puls 106. Respiration 32. Spricht laut im Schlaf.

25.V. Urin nur leicht albuminös getrübt. Befund RHU gleich. Milz 2 Querfinger schmäler und kürzer.

27.V. Urin frei von Albumen. Seltenes trockenes Hüsteln, Zunge rein.

2.VI. entlassen.

22.V.		Abend	40,7	27.V.	Früh	38,1	Abend 38,0
23.V.	Früh	39,2	» 40,6	28.V.	»	37,5	» 38,0
24.V.	»	40,2	» 40,0	29.V.	»	37,4	» 37,9
25.V.	»	39,4	» 39,0	30.V.	»	37,3	» 37,5
26.V.	»	38,9	» 38,2				

XXVII. —, 19 Jahre alt, (Arbeitssaal Nr. 46, I. Stock, Schlafsaal Nr. 50, I. Stock) wurde am 18.VI. von Frost, Hitze, Kopf- und Kreuzschmerz, Weh in allen Gliedern überfallen und sofort in's Spital verbracht.

18.VI. Früh 39,7 Abend 39,7. 19.VI. Früh 37,5.

Stechen RH, daselbst Dämpfung, ebenso RV, der vorderen Axillarlinie entsprechend. Rhonch. sibil. Beim Aufsetzen inspiratorisches Knistern. Seltner Husten. Milz klein, Urin ohne Eiweiss. Zunge nur leicht belegt.

Ich habe schliesslich noch zu erwähnen, dass im Monat Mai 3 weitere Gefangene mit den gleichen Allgemeinsymptomen und entsprechender Temperaturcurve zur Behandlung kamen. Indess waren sie zu fragmentär, insonderheit fehlten subjeetive und objective Brusterscheinungen, so dass eine nähere Schilderung unterbleiben kann.

Bronchialkatarrhe mit Brustweh ohne Fieber, auffallend viele Heiserkeiten mit Husten, leichtere Anginen bevölkerten das Ambulatorium in verstärkter Zahl vom 24. März bis zum 7. April l. Js.

Herr Obermedicinalrath Prof. Dr. Bollinger hatte die grosse Liebenswürdigkeit, mir über das Ergebniss der in seinem Institute angestellten Untersuchungen am 19. April folgendes zu berichten:

»Das am 15.III. übersandte Blut (von Patient Nr. XI) wurde alsbald nach Eintreffen desselben auf seinen Gehalt an Pneumoniecoccen geprüft, jedoch regelmässig mit negativem Resultat, obwohl eine grössere Zahl von Präparaten angefertigt wurde. Ebenso negativ fiel eine Cultur auf Fleischwasserglycerinagar aus. Eine weisse Maus mit 2 Theilstrichen einer Pravaz'schen Spritze geimpft blieb gesund.

Von den infiltrirten Theilen der am 18.III. übersandten Lunge (Patient Nr. XV) konnten auf Agar-Agar sehr charakteristische Fränkel-Weichselbaum'sche Diplococcen (in Reincultur) gezüchtet werden.

Inwieweit nun die beschriebenen Erkrankungen von Lungenentzündung denen gleichen, welche von älteren Autoren vielfach als Pneumotyphus[3]), von neueren als contagiöse[4]), infectiöse[5]), primär asthenische[6]) angeführt wurden: stets unter Hervorhebung ihrer ätiologisch specifischen Stellung[7]) der vulgären fibrinösen Pneumonie gegenüber, möge aus der zu diesem Zwecke detailirten Beschreibung der Einzelfälle ersehen werden. Ich habe eine Planskizze über die Eintheilung der k. Gefangenanstalt, mit ihrer Benützung, ihren Raumverhältnissen und mit ihrer Betheiligung in chronologischer Folge beigefügt.

Ich für meinen Theil halte dafür, dass die Identität unsrer Endemie einerseits mit den oben angezogenen Massenerkrankungen, anderseits mit der genuinen fibrinösen Lungenentzündung vollgültig festgestellt und erhärtet ist. Anhaltspunkte für die Contagiosität fehlen.

Ueber die letzten Ursachen der Pneumonie ist namentlich auch im letzten Decennium viel geschrieben und fast ebensoviel gestritten worden. Trotz der Entdeckung der Friedländer'schen Pneumococcen und der häufigeren, lancettförmigen Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcen ist die Discussion noch nicht geschlossen. Einmal gewiss desshalb, weil nicht eine einzige pathogene Form, sondern eine sich anscheinend noch mehrende Anzahl von Spaltpilzen — zu den Staphylococcen sind in den letzten Wochen noch nach Mosler[8]) die der Kaninchensepticämie und nach Finkler der Streptococcus pyogenes[9]) ge-

[3]) Hirsch, hist.-geogr. Path. II. Aufl. p. 105 u. 109. Ritter, D. A. f. kl. M., 25. B.
[4]) Kühn, D. A. f. kl. M., XXI. p. 325 u. s. w.
[5]) v. Kerschensteiner, Aerztl. Intell.-Bl. 1881. 20.
[6]) Leichtenstern, V. S. kl. V., Nr. 82.
[7]) Hirsch und die obigen l. c.
[8]) D. med. W., 1889, Nr. 14.
[9]) B. kl. W., 1889, Nr. 19.

treten — als Erreger dieser Krankheit festgestellt wurden. Hauptsächlich aber fand die neue, obgleich auf sinnlicher Wahrnehmung beruhende Lehre nicht etwa eine Lücke in den ätiologischen Anschauungen von der Lungenentzündung vor, die auszufüllen eine dankbare Aufgabe gewesen wäre, vielmehr hatte »die Erkältung« einen dominirenden Platz unter diesen inne, auf den sie sich durch Ueberlieferung und immer neuerprobte Erfahrung ein Recht ersessen hat, welches ihr nur schwer streitig zu machen ist.[10])

Die ersten 5 Monate des Jahres, speciell März bis Mai stellen das grösste Contingent der Erkrankungen.

So auch in der Pfalz.[11]) Kommen Verschiebungen vor, so sind solche in dem Witterungscharakter nicht selten isochron und sind als scheinbare Ausnahmen eher noch eine Stütze für einmal feststehende Regeln. August und September haben, wie überall so auch hier, die wenigsten Erkrankungen aufzuweisen. Was lag da näher, als die Annahme, dass Jahreszeit und Erkrankung im Verhältniss von Ursache und Wirkung ständen? Dass Kälte und rauhe Winde den Athmungsorganen in erster Linie verderblich würden, den Greisen und Kindern, den Schwachen und Staubensitzern mehr als den robusten, durch tägliche Uebung abgehärteten Naturen?

Als die Forschung sich in's Detail dessen vertiefte, was man im Allgemeinen unter Wetter und Klima versteht, blieben allerdings die Widersprüche nicht aus und die einzelnen Autoren häuften sie in dem Maasse, als sie begannen, nur ganz bestimmte Factoren in den Kreis ihrer Berechnungen hereinzuziehen. Port[12]) nennt die Pneumonie geradezu eine Witterungskrankheit, deren Frequenz sich im umgekehrten Sinne wie die Thermometerwerthe bewege. Henry B. Baker[13]) fand bei absolut trockener Luft und niederer Temperatur die meisten Erkrankungen. Andere dagegen beschuldigen die genau entgegengesetzten Momente als die Ursachen derselben: so Seibert in New-York[14]) die feuchtkalte Luft und zwar um so sicherer, je grösser der Abstand zwischen Feuchtigkeit und Temperatur war. Senfft[15]) sah die meisten Patienten in Erbenheim im November 1882 bei feuchter Luft und Westwind.

Der Barometerstand und seine Schwankungen wurden ebenfalls für die Erklärung gehäufter Pneumoniefälle fructificirt — mit widersprechenden Resultaten.[16])

Wenn man bedenkt, dass alle diese Sätze mit einer entsprechenden Anzahl thatsächlicher Beobachtungen belegt wurden und sohin Anspruch auf Beachtung erheben durften, so darf man sich schliesslich nicht wundern, wenn eine Reihe von Forschern, der Widersprüche müde, sie alle über Bord warfen, und die Entdeckung eines specifischen Bacillus als eine Erlösung begrüssten.[17]) Wärme und Feuchtigkeit, Windrichtung und Barometerstand erweckten ihr Interesse, nur insoferne sie das Gedeihen und Fortkommen dieser niederen pflanzlichen Mikroorganismen begünstigten oder hinderten. Keller, gestützt auf 500 Fälle der Tübinger Poliklinik,[18]) Seitz in München auf Grund langjähriger Beobachtungen und grosser Zahlen,[19]) haben berechnet, dass Regenmenge und Grundwasserstand ihre niedrigsten Werthe zur Zeit des Pneumoniemaximums aufweisen, Purjez in Klausenburg[20]) und Stortz in Würzburg[21]) bestätigen dieses Verhältniss, und Kranz[22]) sah die Erkrankungen mit dem Eintreten des Regens wie weggewischt.

Man ging damit entschieden zu weit, denn eine so radicale Umwälzung der Anschauungen lässt Erfahrungen ausser Acht, welche die alltägliche Praxis stets auf's Neue zu registriren hat und welche die nur stufenweise fortschreitende naturwissenschaftliche Erkenntniss nur zu ihrem Schaden freiwillig entbehren dürfte. Es ist für das Wohlbefinden der Athmungsorgane keines wegs gleichgültig, welche Luft sie athmen, so wenig auch das Experiment bisher für die exacte Forschung Befriedigendes liefern konnte.

Ich habe seit 10 Jahren die meteorologischen Aufzeichnungen, wie sie in den Tabellen der hiesigen Station vorgetragen sind, bezüglich ihrer Coincidenz mit der acuten croupösen Lungenentzündung an einem Materiale von 1035 Fällen studirt, deren Beginn möglichst genau nebst etwaigen Prodromen festgestellt ist.

Geringe Feuchtigkeitsprocente decken sich mit dem Maximum der Erkrankungen.

Es wäre ein Fehler, welchen schon Seibert und Karsch gerügt, diesen Witterungsfactor für sich allein verantwortlich zu machen. Wir haben nun solche relativ trockenen Tage im Zweibrücker Thalkessel vorzugsweise in den Frühjahrsmonaten März bis Mai bei klarem Himmel und Sonnenschein, wobei Sonnen- und Schattentemperatur, Mittagswärme und Abendkühle grosse Thermometerdifferenzen zeigen[23]) und die ungleiche Bestrahlung der zahlreichen Seitenthäler Veranlassung zu lebhaften Luftströmungen im Hauptkessel wird. Anhaltende, intensive Kälte bei polaren Winden und fehlender oder geringer Schneedecke ist ebenfalls von Belang, und endlich fehlen die Lungenentzündungen keineswegs bei nasser Witterung, wenn solche von bewegter Luft und niedrigen Wärmegraden begleitet ist, insbesondere auch zur Zeit der Schneeschmelze, wenn wie die Wände die eignen Kleider Kälte auszustrahlen scheinen. Nicht minder empfindlich sind Temperaturrückgänge mit Regen im Hochsommer, wie z. B. vom 14. — 28. Juli 1889, zu welcher Zeit eine Anzahl Pneumonien auftrat. Bei feuchtwarmer Witterung jedoch tritt sie entschieden in den Hintergrund. Rasche Abkühlung der Haut und der Schleimhäute, um so eher, je ungewohnter sie ist, dürfte also nach diesen Erfahrungen als eine wesentliche Ursache der Pneumonie immer noch anzusehen sein und wird auch thatsächlich von vielen Klinikern als solche angesehen. Ich nenne nur Jürgensen (Congr. f. innere Med. 1884), Bäumler und Liebermeister (D. m. W. 1888, 6), Thomas (Gerhardt's Handb. d. Kinderkr. III, 2), Baginsky (Pneumonie und Pleuritis), Löffler (D. m. W. 1889, 14).

Wir werden somit einem Patienten glauben dürfen, der seine Erkrankung von einer Durchnässung im Sommergewitterregen oder von einer Fahrt bei scharfen Nordost herleitet oder vom Betreten eines kalten Raumes bei feuchtwarmer Haut. Für schwächere Constitutionen, für chronisch Kranke, bedarf es noch nicht einmal eines so gewaltigen Anstosses.

Reconvalescenten empfinden die gleichen Folgen, wenn sie am offenen Fenster die Frühlingsluft geniessen oder das Bett nach langer Krankheit mit dem Sitze im Zimmer vertauschen.

Es ist eine oft ventilirte Frage, warum die Unterlappen am meisten befallen sind und speciell die Umgebung der Achselhöhle (vgl. Jürgensen in v. Z. Hdb. und v. Ziemssen's Hdb. 5. B. p. 81). Wäre es nicht denkbar, dass hier desshalb die Localisation der Erkrankung beginnt, weil der Aermelausschnitt der Kleidung dem Luftzuge den freiesten Zutritt gestattet: zu einer Region, welche vermöge ihrer Configuration Feuchtigkeit mit Wärme in erhöhtem Maasse an ihrer Oberfläche darbietet und desshalb für Differenzen am empfindlichsten sein muss?

So weitgehenden Einfluss man nun auch physikalischen Einwirkungen zuerkennen, darüber kann kein Zweifel obwalten, dass sie nicht alle Fragen in der Aetiologie der Pneumonie zu lösen vermögen, dass eine Reihe von Beobachtungen nur zu erklären ist durch die Annahme eines belebten Krankheitskeimes, dessen Entwickelungsgeschichte Perioden des Aufblühens und Absterbens zur nothwendigen Voraussetzung hat. Solche Keime sind thatsächlich gefunden, als unzweifelhaft pathogen

[10]) Hirsch, hist.-geogr. Pathol. II. Aufl. Stuttgart, 1886. p. 103 und 104.
[11]) Karsch, M. med. W., 1884, 36 u. 37. Pfälzer Vereinsblatt, III., 233. Hermann, Die Lungenentzündung in Germersheim 1854 bis 1879. Inaug.-Diss. Purjesz, W. m. P., 1884, 2. Knauthe, Schmidt's Jahrb. 200. p. 177, ibid. 211. p. 28.
[12]) Archiv für Hygiene I. B., 1. Heft, p. 104.
[13]) B. kl. W., 1887, 29 u. 30.
[14]) Ibid, 1884, 18 u. 19.
[15]) Ibid, 1883, Nr. 38.
[16]) Lorentz, Aerztl. Intell.-Bl. 1884, 39.
[17]) Stortz, Riesell, V. f. ger. M. u. öff. S. 396. B. p. 284. Köhnhorn (ibid. 35. B. p. 81—100).
[18]) Jürgensen, Die croupöse Pneumonie. Tübingen, 1883.
[19]) Aerztl. Intell.-Bl., 1884, 33.
[20]) D. Arch. f. kl. Med., 35. B.
[21]) Mittheil. aus der Würzburger Klinik, 1885.
[22]) V. f. g. M. u. öff. S., 37. B. 1. H.
[23]) Huss bei Jürgensen. Hdb. d. sp. Path. u. Ther. V. B. p. 17.

erkannt, nachdem sie Jürgensen auf Grund zumeist klinischer Studien schon lange vorher als vorhanden proclamirt hatte und v. Kerschensteiner (l. c.) durch seine Analyse der Amberger Endemie dargelegt hat, dass die Schädlichkeit als ein Miasma in den Sälen gesucht werden müsse, wo Emmerich im Fehlboden schliesslich auch pathogene Pilze entdeckte (San.-Ber. f. d. Königr. Bayern 1882, p. 175). Zum Unterschiede von den Erregern der meisten anderen Infectionskrankheiten sind die der Pneumonie viel mehr und weiter verbreitet, vielleicht wirklich ubiquitär.

Für gewöhnlich muss die Infection zu günstiger Stunde sich mit der Disposition vereinen, wenn eine Erkrankung resultiren soll.

Die Disposition kann von langer Hand vorbereitet sein, durch die verminderte Widerstandskraft im Kindes- und Greisenalter, durch Krankheiten, Entbehrungen in Nahrung, Kleidung und Wohnung, durch Alkoholismus und speciell durch schon einmal überstandene Pneumonie. Oder aber sie wurde erst im Momente geschaffen, durch die obenbeschriebenen physikalischen Verhältnisse, die ihrer Natur nach auf den Einzelnen in der verschiedensten Weise einwirken und in ihm nachwirken werden.

Die Lungenentzündung ist volkswirthschaftlich eine ungemein wichtige Affection. Die Statistiker berechnen (nach Guttmann), dass im Durchschnitt jeder Mensch 20 Tage im Jahre krank und arbeitsunfähig sei. Das entspricht ziemlich genau der Dauer und den Nachwehen unserer Krankheit. Sie bildet bei den verschiedensten chronischen Krankheits- und Schwächezuständen, beim Altersmarasmus vornehmlich, die Schlussscene und beherrscht thatsächlich durch ihre Häufigkeit und Ausbreitung, durch ihre Accomodations- und Combinationsfähigkeit die Morbidität und Mortalität — nach dem Eindruck der Alltagspraxis fast in noch höherem Grade als nach den Ausweisen der Spitäler. Daraus kann man schon entnehmen, dass ihre eigentliche Ursache und ihre Hilfsursachen weder sehr exceptionelle, ausnahmsweise vorkommende, noch sehr dynamische allüberwältigende sein können.

Es müssten ja viel mehr Menschen zu gleicher Zeit erkranken, wenn das letztere der Fall wäre.

Allerdings kann zu bestimmten Zeiten, an bestimmten Orten ein solches Vorkommniss eintreten, wenn der Krankheitskeim eine besondere Virulenz entfaltet, ohne dass die disponirenden und auxiliären Momente immer gleichen Schritt damit halten müssten. Die Pneumonie wird damit epidemisch oder endemisch. Andeutungen hievon begegnet man vielfach. Während die athmosphärischen Vorgänge in grosser räumlicher Ausdehnung auftreten und verschwinden, eine grosse Anzahl von Niederlassungen unter ihren Einfluss stellen, ist nicht selten zu bemerken, dass einzelne Ortschaften in besonderer Weise eine Zeit lang zu leiden haben, während dicht dabeiliegende fast immun bleiben, um vielleicht später oder erst in folgenden Jahren befallen zu werden. Jeder Sanitätsbericht weiss von solchen Beobachtungen zu erzählen, und in der Literatur sind eine Menge solcher niedergelegt.

Ich finde in meinen Journalnotizen im Augenblick die von Penkert (B. Kl. W. 1881, 40 u. 41), Butry (D. A. f. Kl. M. 29. Band, p. 193), Möllmann (B. Kl. W. 1879, 11 u. 12), Schmidt (B. Kl. W. 1883, 22), Senfft (B. Kl. W. 1883, Nr. 38), Münich und Holwede (B. Kl. W. 1881, Nr. 23).

Sie gewinnen an Bedeutung, wenn sie einzelne Gebäulichkeiten und Familien oder geschlossene Anstalten betreffen, so z. B. Moringen (Kühn, B. Kl. W. 1879, Nr. 37 und D. A. f. Kl. M. XXI), Amberg (v. Kerschensteiner, M. M. W. 1881, 20), und bei Ritter, (D. A. f. Kl. M. XXV).

Man schloss hieraus vielfach (Kühn, Koevenagel, Penkert, Caspar) nicht nur auf einen organisirten Krankheitsträger, sondern vindicirte diesem sofort auch die Eigenschaft der Uebertragbarkeit vom kranken auf den gesunden Menschen (Contagiosität). v. Kerschensteiner ging nicht soweit; auf dem Boden der Thatsachen bleibend concludirte er lediglich, dass in bestimmten Localitäten der Gefangenenanstalt Amberg zu gewissen Zeiten, möglicherweise wiederkehrend, ein Miasma wirksam werde, das nur diesem »siechhaften«, stark verunreinigtem Boden sein Fortkommen verdanke. Die Umgebung der Anstalt war im Frühjahr 1880 verschont.

Auch hier in Zweibrücken war im heurigen Frühjahr die Gefangenenanstalt unverhältnissmässig stark betroffen: von 307 Insassen erkrankten 27, starben 2, das Dienstpersonal blieb gesund, ebenso die Krankenpfleger. In der Garnison bei einer Iststärke von 672 Mann zählte Herr Stabsarzt Dr. Riegel vom 1.II.—24.III. 2 Erkrankungen an Lungenentzündung, in der städtischen Krankencasse von rund 1400 Köpfen Herr Dr. Renner im gleichen Zeitraume 3 Pneumoniekranke, für welche Mittheilungen ich den beiden Herrn auch an dieser Stelle meinen Dank sage.

Ich habe in den beiliegenden Plänen die Arbeits- und Schlafstellen der erkrankten Personen einzeichnen lassen, sowie das Verhältniss der Belegung der Säle zu ihrem Rauminhalt. Da zeigt sich sofort, dass die Categorie der »jugendlichen« Gefangenen das grösste Contingent zu den Erkrankten stellt, wobei noch besonders in Betracht kommt, dass diese Altersclasse in der freien Bevölkerung eher weniger als mehr disponirt erscheint, an Pneumonie zu erkranken als die übrigen. Sie sind in einer besonderen Abtheilung vereinigt, wenige aus disciplinären Gründen in den Einzelhaftzellen untergebracht.

Sie theilen Kost und Kleidung, Beschäftigung und Erholung mit den übrigen Gefangenen, nur ihre Unterkunftsräume und deren durch die Frequenz gebotene Ausnützung dürfen als wesentlich ungünstiger bezeichnet werden, da ihre Zahl in den letzten Jahren stetig zugenommen hat.

Ausser in diesen Sälen notirten wir häufigere Erkrankungsfälle in den unter der jugendlichen Abtheilung liegenden Piecen 29 und 42, Schlafsaal 40 und 43 im Erdgeschoss.

Da die letzteren an und für sich einen schon unfreundlicheren Eindruck machen, weniger hell und warm erscheinen, wurden sie von der k. Verwaltung sofort Mitte März geräumt, aber bei Tage müssen sie bei der gegenwärtigen Frequenz als Arbeitsplätze dienen.

Die Einzelhaftzellen à 39 cm im ersten Stock beherbergten keinen Kranken, die weniger gut situirten, schlechter ventilirten, gleichgrossen Korbmacherkeuchen im Parterre dagegen waren schon weniger günstig.

Lassen sich nun auch die hiesigen Erkrankungen an Zahl und Gefährlichkeit nicht mit denen in Amberg vergleichen, so bieten sie doch manches mit ihnen Gemeinsame dar. Hier wie dort sind gewisse Localitäten unverhältnissmässig stark belastet.

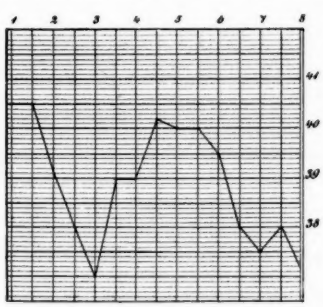
Ob der Fehlboden auch hier eine Vermittlerrolle spielt — fast könnte es nach der Planskizze so scheinen — wage ich nicht zu entscheiden. Entweder steigert die dichte Belegung der Räume, die durch die Zunahme der Verurtheilten verursacht ist, die Vulnerabilität der Bewohner oder die Virulenz des Krankheitserregers. Das Vorherrschen seiner Localisation im westlichen Flügel ist unverkennbar; der Gang der Erkrankungen spricht mehr für die progressive und regressive Entwickelung eines belebten Virus als für die Aeusserung einer individuellen Widerstandsabnahme, deren Folgen weiter auseinandergezogene, zeitlich minder abgeschlossene sein würden. Jahreszeit und Witterung mögen ja auch hier, wie in Amberg, von einigem Einfluss sein. Die Erkrankungen halten die allgemein anerkannte Prädilectionszeit ein. Dass sie aber nicht vorwiegend und allein maassgebend sei, das zu erweisen, müsste ich schon oben Ausgeführtes lediglich wiederholen. Somit erübrigt nur die Annahme, dass durch die Ungunst der dermalen im westlichen Anstaltsflügel und besonders in der jugendlichen Abtheilung herrschenden Verhältnisse specifische Pneumonieerreger eine hochgradige Ansteckungsfähigkeit erlangt haben. Es sind keine ungewöhnlichen wie bei Mosler (D. M. W. 1889, 14), wie sie es vielleicht auch in Uster und sicher bei Finkler in Bonn gewesen. Herr Prof. Bollinger hat den Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcus in der Lunge des verstorbenen Nr. 15 constatirt, den am häufigsten vorkommenden der für die Pneumonie pathogenen Pilze.

Wenn ich unsere Erkrankungen nach dem Vorgange von Kerschensteiner's »infectiöse« genannt habe, wollte ich sie nicht in einen Gegensatz bringen mit der genuinen croupösen Lungenentzündung, an deren principiellen Einheit in klinischer Hinsicht ich festhalte, sondern lediglich hervorheben,

dass in der Aetiologie der belebte Krankheitskeim ebenso die Präponderanz beanspruche über die physikalischen und constitutionellen Hilfsursachen, wie bei den klinischen Erscheinungen die allgemeinen über die localen hervortraten, nicht anders wie beispielsweise in den foudrouyanten Formen der Meningitis epid. und der Scarlatina. Nach dem initialen Frost rasende Kopfschmerzen, anhaltendes Erbrechen galliger Flüssigkeit, manchmal 2 bis 3 Tage hindurch, Steifigkeit in allen Gliedern, lautes Stöhnen wie im Typhusdelirium, Benommenheit wie im Falle VIII noch nach der Krise sind die prägnantesten Symptome, welche auch abgesehen von der mässigen Milzschwellung und der seltenen Albuminurie an das Bild der schwersten Infectionskrankheiten erinnerten. Auch der rapide Verlauf, sei es zum schlimmen wie zum guten Ende liess die localen Beschwerden in den Hintergrund treten. Die abortive Form der Pneumonie, wie sie vereinzelt von Leube[24]), Weil[25]), Baruch beobachtet und beschrieben, hat Kühn in Moringen (D. A. f. Kl. M.) mit grosser Aufmerksamkeit verfolgt und ihr ein weites Gebiet eingeräumt. Jürgensen schon hat ihr eingehende Berücksichtigung angedeihen lassen namentlich bei der Beurtheilung therapeutischer Erfolge. Ich selbst habe z. B. im Jahre 1880 nicht weniger als 10 Proc. abortiver Fälle unter meinen Lungenentzündungen gezählt.

An und für sich nach Leube auf einer geringen Disposition des Kranken beruhend und schwer erkennbar wegen der geringen Ausgesprochenheit des physikalischen Befundes, sind sie im Zusammenhalt mit den fertigen Typen doch bedeutungsvoll für die Auffassung der Pneumonie. Sie scheinen Jürgensen's Ansicht zu bestätigen, dass die Lungenentzündung in erster Linie auf einer Allgemeininfection beruhe. Liebermeister[26]) will sie nur als eine locale Infectionskrankheit angesehen wissen. Sie neigt in Wirklichkeit bald mehr nach der einen, bald mehr nach der anderen Seite. Wenn man wie Jürgensen an der Einheit der croupösen Pneumonie nicht rütteln will und demnach die acuten Lobärinfiltrationen der Herzkranken, der Emphysematiker, der Cachectischen und Reconvalescenten, wie sie im Bett oder im Zimmer acquirirt werden, auch dazu rechnet, so muss man zugeben, dass die localen Störungen in einzelnen Fällen und Gruppen von solchen dem Krankheitsbilde die wesentliche Färbung geben, dass Druck auf der Brust, Athemnoth und Husten, dass die Verringerung der Respirationsoberfläche und ihre Rückwirkung auf die Circulation weitaus die Prognose und Behandlung bestimmen, während Fieber, Betheiligung des Nervensystems und gastrische Symptome nur geringe Aufmerksamkeit erfordern. Einige Lungenentzündungen sah ich fieberlos bei starker Infiltration verlaufen, selbst bei längerer Dauer, andere nach nachweisbarer Durchnässung der Kleider unter dem Bilde heftiger Infection mit Albuminurie und Milzschwellung.

Trotz mancher Differenzen treffen doch alle Formen in wesentlichen Dingen immer wieder zusammen[27]): also keine principielle Scheidung der Pneumonie, mag Erkältung, mag Constitutionsschwäche, mag Virulenz der Coccen in den verschiedenen Erkrankungen und Erkrankungsgruppen auch eine noch so wechselnde Rolle spielen. Hier ist nach allen Ueberlegungen das letztere der Fall: als Beweis hiefür zum Schluss nur noch das Recidiv bei Nr. XI, angedeutet auch bei Nr. II und dem gemischten Typus in Curve III. Ich betone auch hier nochmals, dass die physikalischen Symptome von Beginn bis Ende ganz und gar stationär waren und dass eine fortschreitende oder migrirende Affection neuer Stellen ausgeschlossen ist, ebenso bei dem Patienten, dem die letzte Curve entstammt.



Curve III.
Abortiver mit recidiv. Typus vermischt.

Gleichwohl 2 Fieberperioden, die Elevationen der zweiten fast noch höher als die der ersten, während die subjectiven Störungen des Befindens wesentlich geringer waren und nur am letzten Tage an die Vorgänge vom 12.—16. III. gemahnten. Die Krise um den 17. III. war eine vollständige nicht allein nach der Curve, sondern auch bezüglich der Euphorie. Die Localaffection blieb die gleiche, aber der Infectionsträger war noch nicht erschöpft: so treten Recidiv und abortiver Verlauf zusammen, klinisch zu documentiren, was das Studium der Epidemie schon gelehrt: dass der gewöhnliche Erreger der Pneumonie unter den momentanen Verhältnissen eine besondere Infectiosität erlangt hatte.

Das k. Staatsministerium hat alsbald nach eingehender Prüfung der Verhältnisse durch den Neubau eines Arbeitsraumes mit den günstigsten Dimensionen und Vorrichtungen, der für 80 Leute genügen kann, dem abgeholfen, was wider Wollen und Können durch die Zunahme der Verurtheilten an sanitär bedenklichen Zuständen erwachsen ist und durch diese weitsichtige Maassregel das gethan, was die hygienische Prophylaxis nur wünschen kann. Desinfection und Sterilisirung versprachen — wenn überhaupt — nur vorübergehenden Erfolg. Denn der Pneumococcus und Diplococcus ist dafür zu verbreitet. Seine Lebensbedingungen zu erschweren schien nach bewährten Mustern allein im Stande, solch' schweren Massenerkrankungen für die Folge vorzubeugen.

[24]) Leube, Schmidt's Jahrbücher 195, Nr. 9; ebenda Baruch.
[25]) Weil, B. kl. W. 1879, 45.
[26]) Liebermeister, D. m. W. 1888.
[27]) Grundsätze für die Behandlung der croupösen Pneumonie von Jürgensen, V. S. kl. V., Nr. 45, S. 1; vergleiche dagegen: Asthenische Pneumonie. Leichtenstern, V. S. kl. V. Nr. 82.

Aus dem Pathologischen Institute zu München.

Zur Kenntniss der Kindertuberculose.

Von Dr. *Oskar Müller*, Assistenzarzt 2. Cl. im k. sächs. Sanitäts-Corps; z. Z. in Grossenhain.

(Schluss.)

Die grossen Schwierigkeiten, welche sich früher der Abfassung von Statistiken über Kindertuberculose in den Weg gestellt haben und welche es bewirken, dass auch heute noch einzelne Angaben bezüglich der oder jener Localisation ziemlich weit auseinander gehen, sind durch den Wechsel und das Ineinanderwirken der Erscheinungen gegeben, wie sie vielleicht keine andere Krankheit bietet, und damit durch den Mangel eines einheitlichen Standpunktes. Wie man schon bei Zusammenstellung der klinischen Beobachtungen wohl unterscheiden muss zwischen dem ersten Auftreten des localen Processes und den im spätern Verlaufe nachweisbaren Organerkrankungen (Demme), so ist bei pathologisch anatomischer Bearbeitung des Materials eine Eigenthümlichkeit der Kindertuberculose besonders in Betracht zu ziehen, da sie, wenn auch nicht immer, doch oft Veränderungen mit sich bringt, welche erst an der Leiche constatirt werden können und die Aufeinanderfolge der Erscheinungen in einem ganz anderen Lichte erscheinen lassen. Ich meine die Latenz tuberculöser Erkrankungen.

Wie wir gesehen haben, zeichnen sich gewisse Primäraffecte der Kindertuberculose, besonders der Lymphdrüsen, durch die Eigenschaft aus, das in den Körper aufgenommene Virus zur weiteren Entwickelung festzuhalten, noch lange nachdem, oder ohne dass an der Eintrittsstelle irgend eine Veränderung stattgefunden hat. Es liegt darin der grosse Vortheil, dass die wichtigen Organe wie Lunge und Darm öfter vor der primären Erkrankung bewahrt bleiben, als es bei Erwachsenen der Fall ist, andererseits aber die stete Gefahr, dass der latente Erkrankungsherd bei der geringsten Gelegenheit den gesammten Körper inficiren kann. Zunächst hilft sich die Drüse gleichsam selbst; das vas efferens verstopft sich, die feste Kapsel verhütet möglichst lange die regionäre Verbreitung, und nachdem die eingedrungenen Parasiten sich rasch und ungehindert vermehrt haben, beginnt gewöhnlich vom Innern der Drüse aus eine specifische, bald degenerirende Zellneubildung dieselben zu verdrängen. So kommt es, dass in einer käsigen Drüse oft

keine oder wenige Bacillen gefunden werden.[95]) Die oft noch vorhandene Infectiosität deutet darauf hin, dass noch Dauersporen vorhanden sein können, welche an Lebensfähigkeit jene bedeutend übertreffen. Der Process des allmäligen Verschwindens der Tuberkelbacillen in älteren Herden, welchen schon Koch hervorgehoben hat, kann nun schliesslich durch Resorption und Bindegewebsneubildung oder durch Verkalkung zur Heilung führen, so dass wir dann die alten Veränderungen finden, wie sie nach Prof. Bollinger[96]) 1/4 aller nicht an Tuberculose verstorbenen Leichen zeigen. Doch kommt dies bei Kindern viel seltener vor. Es bleiben vielmehr solche primäre Herde, namentlich in den Drüsen, lange Zeit latent, d. h. sie behalten ihre Virulenz bei, bis durch irgend welche Veranlassung die infectiöse Masse ihren Weg in gesunde Gewebe findet und die latente Tuberculose somit manifest wird.

Welche Umstände bewahren nun den tuberculösen Localaffectionen des Kindes eine oft so lange Latenz? Und welches sind die verlassenden Momente für ihre allgemeine Verbreitung? Man hat gemeint, der kindliche Körper setze der Verbreitung des Tuberkelbacillus einen grösseren Widerstand entgegen, was daraus folge, dass hochgradige Drüsen- und Knochenleiden verhältnissmässig selten von einer allgemeinen Miliartuberculose gefolgt seien.[97]) Wenn wir nun auch die letztere Angabe nicht bestätigen können, müssen wir auf Grund unserer Befunde von latenter bezw. localer Tuberculose doch darin beistimmen, dass das Kind vermöge seiner lebhafteren Stoffwechselvorgänge eine grössere Widerstandskraft gegenüber der Weiterverbreitung des Giftes besitzt. Dem könnte entgegnet werden, dass die Tuberculose gerade in dieser Zeit, besonders vom 2.—4. Lebensjahre ihre höchste Mortalität erreicht. Doch finden wir auch die Fälle von latenter Tuberculose in dieser Zeit am stärksten vertreten, was sonst gerade umgekehrt sein müsste; andrerseits zeigen neben der Tuberculose auch die anderen Erkrankungen, namentlich Diphtherie und Masern, dieselbe Mortalitätsteigerung. Dass das frühe Kindesalter überhaupt eine höhere Erkranknngs. ziffer zeigt, ist nicht unschwer zu erklären aus der Mannigfaltigkeit der schädlichen Einflüsse, welche auf das Kind widerstandslos eindringen und von denen wir unter den hygienischen Momenten nur die oft irrationelle Ernährung hervorheben möchten. Es sprechen also alle diese Thatsachen nur für eine grössere Häufigkeit und Intensität der von aussen kommenden disponirenden Momente, nicht aber für eine geringere Resistenzfähigkeit des kindlichen Organismus.

Sowie dagegen der oft lange gesetze Widerstand überwunden ist, zeigt die tuberculöse Erkrankung eine ganz besondere Heftigkeit und ausgesprochene Tendenz zur allgemeinen Ausbreitung. Von den Ursachen, welche diese Schranke überwinden, können wir nur einige namhaft machen. Momente der mannigfaltigsten Art kommen hier in Betracht. So kommt es zuweilen vor, dass ein Kind im Anschluss an ein Trauma an einer plötzlichen acuten Miliartuberculose zu Grunde geht. Es lässt sich dieser Zusammenhang nur so herstellen, dass infolge des traumatischen Insultes dem bis dahin latenten tuberculösen Stoffe die geeigneten Wege zur Allgemeinverbreitung sich ebneten. Ferner gibt oft eine katarrhalische Pneumonie die Veranlassungsursache ab vermittelst des sie begleitenden Schwächezustandes; hierher gehören vielleicht auch die so häufigen Darmkatarrhe und vor allem die Masern. Abgesehen von den schon erwähnten Fällen, in denen sie durch die complicirende Pneumonie die Infection mit Tuberculosegift begünstigen, finden wir nicht selten, dass dieselben die Widerstandsfähigkeit des Organismus schwächen und somit das Haupthemmniss der Generalisirung des Tuberkelgiftes beseitigen. In Ergänzung zu unsern Befunden bezüglich des Verhältnisses der Morbillen zur Kindertuberculose sei noch erwähnt, dass Prof. Bollinger während der letzten grossen Masernepidemien in München bei an Masern verstorbenen Kindern in den Lymphdrüsen, besonders der Lungenwurzel und des Mediastinums, wiederholt Tuberculose nachgewiesen hat, obwohl die Kinder vorher nicht scrophulös gewesen waren.[98]) Derartige Beobachtungen zeugen für die Bedeutung der Latenz tuberculöser Processe und von der Nothwendigkeit, dieselbe bei Feststellung der Kindermortalität besonders zu berücksichtigen.

Was nun die Casuistik selbst anbelangt, so muss zunächst vorausgeschickt werden, dass wir hier den Begriff »Latenz« im weitesten Sinne des Wortes aufgefasst haben, indem ausser den Fällen mit noch bestehenden tuberculösen Processen auch diejenigen mit inbegriffen wurden, welche bereits geheilte tuberculöse Localaffectionen darboten, sowie solche von sogenannter »multipler Localtuberculose« (König). Diese Bezeichnung scheint uns auch für unsere Fälle gerechtfertigt zu sein, insofern keine der zahlreichen Localisationen für sich allein als Todesursache angesprochen werden kann.[99]) Vollständig verheilte Affectionen allein waren nur in einigen wenigen Fällen zu verzeichnen, öfter dagegen in Verbindung mit frischeren Herden, und zwar betrafen dieselben vor allem die Lungen als cirrhotische Verdichtungen[100]) mit narbigen Einziehungen und Adhäsionen bezw. Schwartenbildungen der Pleura, subpleurale Schwielen, kreidige Herde und glattwandige Cavernen,[101]) ferner fanden sich ziemlich häufig verkalkte Lymph-, besonders Bronchialdrüsen.[102]) Der letztere Fall zeigt uns neben dem Fortbestehen der Gelenkerkrankung die Affection der Bronchialdrüsen nur zum Theil

[95]) Nr. 17. 1883. R., Maria, 1 J. 1 Mon. Schwächlich gebaut, sehr geringes Fettpolster. Grösse 64 cm, Gewicht 6 kg. Diagnose: Phthisis pulmonum. Nebenbefunde: Chron interstit. Pneumonie im rechten OL, Peribronchitis cas. in rechter Lunge, besonders OL, Pleuropneumonie im linken UL. Morbilli. Bronchitis. Pleuritis dext. Laryngitis. Käsige Bronchialdrüsen. Mesenterialdrüsen geschwellt. Atrophie. Anämie. Anm.: Im bronchit. Eiter zahlreiche Tuberkelbacillen; in einer käsigen Bronchialdrüse nur amorphe Masse, keine Bacillen. Krankengeschichte: Vor 14 Tagen Morbilli, 4 Tage später fieberfrei, 2 Tage darauf Temperaturabfall auf 35,0. Vor 7 Tagen hohes Fieber. Nach Zurücktreten des Exanthems Bronchitis, Pneumonie rechts hinten unten. Seit 4 Tagen fieberfrei.

[96]) l. c.

[97]) Baumgarten, »Ueber die Wege der tuberculösen Infection«. Zeitschrift f. klin. Medicin. 6. 1883. S. 74.

[98]) cf. v. Ziemssen, »Die Aetiologie der Tuberculose«. Klin. Vortr. Nr. 8, S. 7.

[99]) Nr. 46. 1887. L., Heinrich, Taglöhnerskind, 3 J., abgemagert. Lidränder geröthet. Mehrere kleine Hautfurunkel. Am rechten Hoden eine 20pfennigstückgrosse Ulceration. Hode mit Haut verwachsen. Auf Druck entleert sich etwas Eiter. Schwanz des rechten Nebenhodens infiltrirt, geschwellt, verkäst, nach aussen perforirt. Linker Nebenhode im Centrum ganz verkäst; Verkäsung auf den Hoden übergehend. Auf Gesicht und Thorax kleienförmige Abschuppung. Länge 85 cm, Gew. 9 kg. Diagnose: Ausgedehnte Bronchopneumonie besonders im UL. Morbilli. Nebenbefunde: Eiterige Bronchitis. Acute exsud. Pleuritis an linker Spitze. Bronchialdrüsen links geschwellt, im Centrum mit beginnender Verkäsung, rechts eine verkreidet. Ebenso die Mediastinaldrüsen. Marant. Thromben in rechter Herzspitze. Milztumor. Perisplenitis. Perihepatitis. Schwellung der Mesenterialdrüsen.

[100]) Nr. 5. 1882. M., Anna, 14 J., Oeconomenstochter. Mittelgross, etwas gedunsen, Fettpolster gehörig. Musculatur braunroth, Länge 143 cm, Gewicht 43 1/2 kg. Hochgradige allgemeine Anämie. Diagnose: Nephritis parench. acutiss. Nebenbefunde: Scrophulose der Lymphdrüsen. Rechte Lunge allseitig verwachsen, an Spitze ein thalergrosser cirrhotischer Knoten mit stecknadelkopfgrossen käsigen Herdchen und kleinen weissen Knötchen durchsetzt. Bronchialdrüsen wenig vergrössert, dunkel pigmentirt, mit centralen weissen Einlagerungen. Linke Lunge: oben bindegewebige Auflagerungen, an Spitze taubeneigrosse cirrhotische Verdichtung, mit stecknadelkopfgr. weissen Knötchen und grösseren käsigen Herden. Bronchialdrüsen wie rechts, nur eine käsig zerfallen, mit kalkigen Einlagerungen. Hydrops ascites und Anasarka der Bauchhaut. Feinkörnige Trübung in Herz, Nieren und Leber. Darmschleimhaut leicht injicirt, Mesenterialdrüsen geschwellt.

[101]) Nr. 6. 1883. V., Therese, Nadlerskind, 1 1/4 J. Etwas abgemagert; Haut in Falten abhebbar, sehr blass. Länge 69 cm, Gewicht 7 kg. Diagnose: Pneumonia crouposa des rechten UL mit grauer Hepatisation, der rechte M u. OL mit rother Hepatisation. Nebenbefunde: Pleuritis fibrin. dextr. Verkäsung der Cervicaldrüsen. Zähne zum grössten Theil cariös. Acute Laryngitis. Im rechten ML eine Höhle mit glatten Wandungen und heller Flüssigkeit. Schnittfläche granulirt, mit schmierigem Belag. Bronchialdrüsen etwas vergrössert, dunkelroth. Mesenterialdrüsen geschwellt.

[102]) Nr. 25. 1884. L., Marie, illeg., 5 1/2 J. Hochgradig abgemagert, Haut schlaff, abschilfernd, Fettpolster und Musculatur stark atrophisch. Länge 100, Gewicht 9 1/2 kg. Diagnose: Diphtherie des Rachens. Croup des Kehlkopfs. Nebenbefunde: Caries d. rechten Hüftgelenks. Im linken UL einige lobuläre infiltrirte Partien, ebenso in rechter Lunge. Im rechten OL 2 bohnengrosse kreidige Herde in fibröser Kapsel. Bronchialdrüsen verkäst und verkreidet. Halslymphdrüsen vergrössert. Fettleber. Allgemeine Anämie. Krankengeschichte: Nie schwer krank. Seit 1 Jahr Coxitis. Mutter brustleidend. 8. V. Resection. 14. V. vollständige Aphonie. Rascher Verfall der Kräfte, Husten, Fieber. 17. V. Exitus letalis.

verheilt, die der Lunge vollständig und zwar sehen wie hier die in diesem Alter seltene fibröse Verdichtung um käsige Herde. Die Mehrzahl der Fälle weist nun echt latente, d. h. virulente Localprocesse auf, welche bis zum Eintritt des durch eine intercurrende Krankheit herbeigeführten Todes weder eine Heilung noch eine Allgemeinverbreitung erfahren haben. Es sind dies meist käsige Herde in den Lungen, verkäste Bronchialdrüsen, Mediastinal- und Mesenterialdrüsen, granulirende Arthritis und miliare theils gelbe, theils graue Knötchen in fast sämmtlichen Organen. Bezüglich der Ausbreitung latenter Herde ist folgender Fall von Interesse, in welchem einerseits die Heilung angebahnt war durch Bildung einer fibrösen Kapsel um den käsigen Herd, anderseits jedoch der Durchbruch in den Bronchus eine neue Gelegenheit für die Weiterverbreitung abgeben konnte, wenn nicht der Tod inzwischen eintrat.[103]) Folgende zwei Beobachtungen zeigen, wie auch bei der Verbreitung des tuberculösen Virus durch die Blutbahn nur ein Organ bezw. Organgruppe befallen werden kann und zwar vorzugsweise die Lymphdrüsen, indem in dem einen Fall die Bronchialdrüsen primär erkrankten, secundär die Mesenterialdrüsen, im anderen umgekehrt.[104]) Schliesslich möchten wir noch die 3 Fälle nicht unerwähnt lassen, in denen der Tod durch zufällige Unglücksfälle herbeigeführt wurde und in denen sich theils ältere theils frischere Affectionen in Lungen, Bronchialdrüsen, Milz und Leber vorfanden.[105])

Sehen wir nun zu, wie sich hier die Betheiligung der einzelnen Organe gestaltet, so finden wir folgende Häufigkeitsscala: Es waren unter den 59 Fällen mit latenter Tuberculose die Lymphdrüsen 44mal erkrankt (Bronchialdrüsen 27, Cervical- und Mesenterialdrüsen je 6, Mediastinaldrüsen 2, Retroperiton.-, Epigastr.- und Portaldrüsen je 1mal), Lungen in 34 Fällen, Pleura in 13, Milz in 5, Nieren und Knochen (incl. Gelenke) je 3mal; Herz, Herzbeutel, Leber, Darm, Nebenhoden je 1mal. Bezüglich ihrer Vertheilung auf die einzelnen Lebensjahre erreichen die Lungen ihre höchste Frequenz im 4.—6., die Bronchialdrüsen im 2.—2. Lebensjahre. Die Vertheilung sämmtlicher latenter Fälle auf die einzelnen Jahre zeigt folgende Tabelle:

Tabelle IV.

Lebensjahre	0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9—10	10—11	11—12	12—13	13—14	14—15	Sa.
männl.	1	3	5	5	3	2	—	—	1	1	4	2	1	1	—	29
weibl.	2	5	3	3	2	5	—	1	—	—	—	4	1	3	1	30
Summa	3	8	8	8	5	7	—	1	1	1	4	6	2	4	1	59

Als Todesursachen waren verzeichnet: Diphtherie 22mal, Scharlach und Masern je 6mal, Croupöse Pneumonie, Perikarditis, Endokarditis verruccosa, Abdominaltyphus, Nephritis, Peritonitis, septische Erkrankungen und Ertrinken je 2mal, Trachealstenose, katarrhal. Pneumonie, Pleuritis, Leber-Cirrhose, Traumatischer Tetanus, Eitrige Cerebrospinalmeningitis, aufsteigende Kinderlähmung, Hirnödem und Schädelfractur je 1mal.

Es fand sich also unter unseren 500 Kinderleichen neben 150 an Tuberculose verstorbenen die ansehnliche Zahl von 59 Fällen mit latenter Tuberculose, d. h. $^1/_6$ aller nicht an Tuberculose gestorbenen Kinder. Diese Zahl dürfte eher noch zu niedrig sein, wenn in Betracht gezogen wird, dass sicher einzelne erkrankte Drüsen hie und da bei der Section übersehen wurden, andrerseits, wie wir schon hervorhoben, namentlich die Affectionen der Halsdrüsen und der Haut nur verhältnissmässig selten in den Kinderjahren zur Section gelangen.

Stellen wir die Befunde bei Tuberculose-Todesfällen und diejenigen bei Fällen mit latenter Tuberculose zusammen, so finden wir für die einzelnen Organe wieder eine der ersteren (S. 15) ähnliche Reihenfolge. Es waren nämlich unter den 209 Fällen die Lungen 173mal an Tuberculose erkrankt, Lymphdrüsen 170mal, Pleura 111, Milz 70, Nieren 68, Darm 58, Leber 51, Meningen 40, Knochen 36mal, Peritoneum 27, Gehirn 12, Herz 8, Magen 5, Herzbeutel und Larynx je 4, Tonsillen und Submaxillaris je 3, Rückenmark und Nebennieren je 2, Oesophagus, Parotis, Thymus, Tube und Ovarium, Nebenhode und Hode je 1mal. Und unter den 170 Lymphdrüsenaffectionen waren die Bronchialdrüsen 131mal betheiligt, Mesenterialdrüsen 78mal, Cervicaldrüsen 17, Mediastinaldrüsen 16, Retroperitonealdrüsen 10mal, Portaldrüsen 7, Epigastrische Drüsen 6, Retromaxillar- und Inguinaldrüsen je 3mal. Also auch hier wieder die den Eigenthümlichkeiten der Kindertuberculose entsprechende Abweichung von dem von Biedert für Erwachsene festgestellten Befunde. (S. 15.)

Zur besseren Uebersicht seien schliesslich die Ergebnisse unserer Betrachtungen in folgenden Sätzen zusammengefasst:

Die Tuberculose ist die häufigste Krankheit sowie Todesursache des Kindesalters und erreicht in München bei dem Material des Kinderspitals fast einen höheren Procentsatz als bei Erwachsenen. 30 Proc. der Kinder starben an Tuberculose und 11,8 Proc. zeigen die Merkmale latenter Tuberculose. Ein Hauptfaktor in der Entwickelung der Kindertuberculose ist die Eigenschaft der Latenz, d. h. des Localisirtbleibens tuberculöser Herde. Diese haben ihren Sitz zum grossen Theil in den Lymphdrüsen, wie überhaupt die Lymphdrüsen, nächst den Lungen am häufigsten erkrankt, fast die wichtigste Rolle spielen im Verlaufe der Kindertuberculose. Die Generalisirung von den

---

103) Nr. 35. 1886. K., August, Comptoirdienerkind, 3 1/2 J. Mittelmässig genährt, Hautfarbe bleich, Fettpolster sehr gering entwickelt. Länge 93 cm, Gewicht 11 1/2 kg. Diagnose: Croup der Trachea und Bronchien, Diphtherie der Trachealwunde. Nebenbefunde: Croupöse Pneumonie beider UL und rechten OL. Aeltere abgekapselte, käsig-eiterige Herde im rechten UL, mit glatter Wandung, von fibrösem Gewebe umgeben, wovon eines in einen Bronchus durchgebrochen. An Theilungsstelle des Bronchus der rechten Lunge in Wand des zum UL führenden Bronchus eine etwa 2 mm grosse Oeffnung, aus der gelblich-käsiger Pfropf hervorragt. Krankengeschichte: Litt vor zwei Wochen an Diphtherie, wobei Tracheotomie gemacht wurde. Die Diphtherie heilte; der Kranke bekam dann Scharlach mit neuem Diphtherie-Recidiv; Exitus letalis.

104) Nr. 11. 1883. E., Johann, Maurerskind, 1 1/2 J. Ziemlich abgemagert, 74 cm lang, 7 1/2 kg schwer. Diagnose: Diphtherie des Rachens und der Nase. Croup des Larynx und der Trachea. Nebenbefunde: Bronchopneumonie in beiden OL. Käsig-tuberculöse Lymphadenitis der Bronchial- und Mediastinaldrüsen. Mesenterial- u. Retroperitonealdrüsen mit Knötchen besetzt.

Nr. 37. 1886. B., Fritz, Buchhalterskind, 10 1/2 J. Blass, hochgradig abgemagert. Am Kopf 2 Markstückgrosse Epitheldefecte, in deren Umgebung mehrere geheilt. Haut dünn, fettarm. Starkes Oedem d. penis und scrotum. Länge 127 cm, Gewicht 18 kg. Diagnose: Typhus abdominalis (4. Woche). Nebenbefunde: Anämie des Gehirns, leichter Hydrocephalus int. — Linke Pleura total verwachsen, schwartige Auflagerungen. Bronchialdrüsen links vergrössert, mit hirsekorngrossen verkästen Knötchen. Herzdilatation. Viele kleine längsgerichtete Geschwüre im Ileum. Mesenterialdrüsen geschwellt, mit käsigen Herden. Leber vergrössert.

105) Nr. 29. 1884. N., Elise, Näherin, 15 J. Kräftig gebaut, untersetzt, Fettpolster gut entwickelt, Musculatur straff. Länge 158 cm, Gewicht 44 kg. Diagnose: Tod durch Ertrinken. Nebenbefunde: Alte Adhaesivpleuritis rechts unten. Unter Pleura des linken UL 2 bis erbsengrosse derbe weissgelbliche Herde. An Lungenwurzel ebensolche verkalkte Herde. Bronchialdrüsen schiefrig pigmentirt, zum Theil verkalkt. Lungenödem. Milztumor. In Milz miliare weissgraue Puncte.

Nr. 3. 1882. D., Antonie, Weissgerberskind, 3 1/2 J. Gut entwickelt, wohlgenährt, sehr blass. Hautsugillationen. Länge 91 cm, Gewicht 9 kg. Diagnose: Fractur des Schläfen- und Stirnbeins, durch Sturz. Nebenbefunde: Fissuren des grossen Keilbeinflügels. Bluterguss in's Grosshirn. Haemothorax. An rechter Lungenwurzel auf parietaler Pleura hirse- bis hanfkorngrosse Knötchen, ferner eine käsige Lymphdrüse mit Miliartuberkeln. Verkäsung einiger Lungendrüsen. Hämorrhagische Infarcte der Lungen. Milzruptur mit Bluterguss. Bluterguss der linken Niere.

Nr. 28. 1884. N., Hans, Schaffnerskind, 3 3/4 J. Fettpolster mässig, Musculatur ziemlich kräftig. Länge 95 cm, Gewicht 15 kg. Diagnose: Tod durch Ertrinken. Nebenbefunde: Verkäsung der Cervical- und Bronchialdrüsen. Beide Lungen an Spitze verwachsen. Auf linker Pleura streifenförmige hellrothe Ekchymosen. In oberer Hälfte des linken OL ein welschnussgrosser harter Knoten (käsiger Herd in derbem Bindegewebe), in dessen Umgebung zahlreiche miliare Knötchen in Lunge und auf Pleura. Spitze des OL frei. Milztumor. Induration der Leber. In Milz und Leber hellgraue submiliare Knötchen. Solitärfollikel als harte Knötchen fühlbar, doch ohne Verkäsung und Geschwürsbildung. Sämmtliche Mesenterialdrüsen geschwellt, markig, ohne Verkäsung.

primären Erkrankungsherden aus wird hintangehalten durch die bei Kindern ganz besonders regen Stoffwechselvorgänge, befördert dagegen durch allgemeine Schwächezustände, welche gewisse Krankheiten wie Masern, Scharlach, Pneumonie, auch Diphtherie mit sich bringen. Die Verbreitung des Infektionsstoffes geschieht entweder in der Contiguität, oder mittelst der Lymphbahnen oder Blutgefässe. Was das am häufigsten erkrankte Organ, die Lungen, anlangt, so geben dieselben zwar in der Mehrzahl der Fälle die Eingangspforte für den Tuberkelbacillus ab, lassen aber häufig, besonders in den frühesten Lebensjahren, das Virus ohne jedwede Reaction bis zu den Bronchialdrüsen gelangen und hier erst seine Wirkung entfalten. Von hier aus erkrankt nun häufig die Lunge in ihren centralen Theilen, also sekundär vom Hilus aus, besonders in den unteren und mittleren Parthien. Die Spitzen treten somit als primäre Erkrankungsherde zurück. Unter den Formen der tuberculösen Lungenerkrankung herrscht bis zum 6. Lebensjahr ganz besonders die käsige Pneumonie vor. Ueberhaupt erblicken wir in der überaus grossen Neigung zur Verkäsung eine Eigenart der Kindertuberculose. Besonders häufig ist der Befund grösserer käsiger Lymphdrüsenpackete. Nächst den Bronchialdrüsen treten in die Erscheinung die Mesenterial- und Cervicaldrüsen. Die ersteren finden wir häufig erkrankt als Theilerscheinung der allgemeinen Tuberculose. Keineswegs theilen sie die hohe Bedeutung der Bronchialdrüsen betreffs der Primäraffection, wie auch der Darm als Eingangspforte für das tuberculöse Gift zurückzutreten scheint. Dagegen erkranken die Cervicaldrüsen jedenfalls bedeutend häufiger primär, als es sich an der Leiche feststellen lässt. Dass jede tuberculöse Affection, sobald sie einmal manifest geworden ist, die Eigenthümlichkeit zeigt, sehr intensiv aufzutreten und nicht nur die verschiedensten Theile desselben Organs, wie in der Lunge, sondern auch die verschiedensten entfernteren Organe gleichzeitig in Mitleidenschaft zu ziehen, dafür spricht die Häufigkeit der Miliartuberculose, die wir in mehr als der Hälfte der Fälle constatirten. Dieselbe zeigt neben der Knötchenbildung vor allem in der Milz, Leber, Nieren, auch Gehirn meist kleinere und grössere käsige Knoten. Als gewöhnlich letztes und wichtigstes Glied in der Reihe der terminalen tuberculösen Erscheinungen schliesst sich die Basilarmeningitis an, oft auch als einzige Metastase eines bis dahin latenten Herdes.

Was schliesslich den Gesammtverlauf der Kindertuberculose anbetrifft, so steigt dieselbe, im 1. Lebensjahr noch ziemlich selten, rasch an und befällt hauptsächlich das 2.—6. Lebensjahr, mit den besonderen Steigerungen im 2. und 4. Jahre, unter den ausgeprägt eigenartigen Erscheinungen. Vom 7. Jahre an nimmt sie schnell ab, um gegen das 13. Lebensjahr noch eine Zunahme der Frequenz zu erfahren, ihre Eigenart zu verlassen und in die Tuberculose der Erwachsenen überzugehen.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Prof. Dr. Bollinger für die gütige Ueberlassung des Materials sowie für die Unterstützung bei der Bearbeitung und Herrn Privatdocent Dr. Escherich für die Ueberlassung einschlägiger Literatur meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1889.

Das vor 2 Jahren zum ersten Male erschienene und damals in dieser Wochenschrift ausführlicher besprochene Lehrbuch der Geburtshülfe von Zweifel liegt in II. Auflage vor. Wenn diese als vermehrt und verbessert bezeichnet wird, so ist dies nicht eine blosse Phrase. In der That ist nicht nur den meisten Fortschritten, welche die Geburtshülfe im Laufe der letzten 2 Jahre gemacht hat, Rechnung getragen, sondern sind auch mancherlei Lücken und Unebenheiten der ersten Ausgabe beseitigt worden. Als durchgreifende Neuerung ist anzuführen, dass jedem grösseren Capitel sogenannte Inhaltsübersichten beigegeben sind, welche eine rasche Orientirung über die Grundsätze der Geburtshülfe bieten sollen.

Die Zahl der Holzschnitte wurde von 212 auf 239 vermehrt. E. Bumm.

Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Bd. I, II, III. Berlin, 1889:

Dr. H. Fritsch, Die Krankheiten der Frauen, Aerzten und Studirenden geschildert. IV. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 181 Abbildungen in Holzschnitt.

Dr. H. Eichhorst, Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. 2 Bde. III. Auflage. Mit 267 Abbildungen im Holzschnitt.

Unter der grossen Reihe von Lehrbüchern, über welche die deutsche medicinische Literatur verfügt, nehmen diejenigen, welche die Wreden'sche Sammlung bilden, eine hervorragende Stellung ein; manche Bände dieser Sammlung gehören zu dem Besten, was sich an Lehrbüchern in den Händen deutscher Aerzte und Studirender befindet. Vor Allem gebührt dieses Lob den oben genannten, in neuer Auflage vorliegenden beiden Werken, die nicht nur der Reihenfolge ihres Erscheinens nach, sondern auch nach ihrem Werthe, an der Spitze der Sammlung stehen. Fritsch's Darstellung der Frauenkrankheiten verdankt ihre Beliebtheit — sie erscheint bereits in IV. Auflage — einer Reihe von Vorzügen; die Anordnung des Stoffes ist eine übersichtliche, der Stil knapp aber von grösster Klarheit, zahlreiche gute Abbildungen, das wichtigste und unentbehrlichste Hilfsmittel eines guten Lehrbuches, veranschaulichen das Gesagte, und vor Allem, das Buch wendet sich an den practischen Arzt, nicht an den Specialisten. Was jener wissen soll und muss, ist eingehend und so beschrieben, dass es auch erprobt und verwerthet werden kann; wer sich der Gynäkologie speciell widmet, möge das Uebrige in anderen Büchern finden. Dieser Grundsatz, dem Fritsch's Buch gewiss einen beträchtlichen Theil seines Erfolges verdankt, sollte für Lehrbücher, die ein Specialfach der Medicin behandeln, häufiger befolgt werden. Eine Reihe von Verbesserungen, besonders nach der therapeutischen Seite hin, sind in der neuen Auflage angebracht worden.

Eichhorst's Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden liegt in III. Auflage vor. Das Werk, aus 2 starken Bänden bestehend, ist grösser angelegt als die meisten anderen dieser Sammlung »kurzer« medicinischer Lehrbücher, angesichts der Bedeutung des Gegenstandes aber, der doch das Fundament des ganzen ärztlichen Handelns bildet, gewiss nicht zu breit; denn mehr als je gilt heute, wie Verfasser in der Einleitung mit Recht sagt, das alte hippokratische Wort: *Μέγα δὲ μέρος ἡγεῦμαι τῆς τέχνης εἶναι τὸ δύνασθαι σκοπεῖν*, »das Hauptziel der ärztlichen Kunst bleibt nach meiner Ueberzeugung die Beherrschung der Untersuchungsmethoden«. Ein verlässiger und gründlicher Führer im Streben nach diesem Ziel zu sein, hat der Verfasser sich zur Aufgabe gesetzt; er löst diese, indem er vor Allem seinen Schülern das Verständniss der beobachteten Erscheinungen eröffnet, dadurch, dass er diese auf physikalische Gesetze zurückführt. Auch Eichhorst's Werk ist in liberalster Weise illustrirt; fast Alles, was durch Anschauung dem Verständiss näher gebracht werden kann, ist abgebildet, so die meisten in Frage kommenden Instrumente, typische Thoraxformen, Percussionsgrenzen, Puls- und Temperaturcurven, zahlreiche mikroskopische Präparate etc. Auf den Inhalt der Neuauflage einzugehen, verbietet leider der Raum; dieselbe sei nochmals als ein vorzügliches Lehrbuch warm empfohlen.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 3. December 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Der Vorsitzende widmete dem heimgegangenen Richard v. Volkmann Worte warmen Angedenkens; die Versammlung ehrt sein Gedächtniss durch Erheben von den Sitzen.

Herr **Langerhans** demonstrirt einen Fall **von vollständiger Nekrose des Pankreas mit Sequestration.**

Der Patient, Metallarbeiter, erkrankte plötzlich an Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen; im Verlauf der nächsten Nacht schwoll das Abdomen an unter Angstgefühl. Sehr heftige Schmerzen im linken Hypochondrium traten ein. Er suchte die Charité auf, woselbst eine quere Einziehung des Leibes constatirt wurde, über und unter welcher sich eine Schwellung befand. Mässiges Fieber, schwacher Puls, Roseola. Die Diagnose wurde auf Typhus gestellt. Während der nächsten Wochen trat einmal Erbrechen fauliger Massen auf, dann trat im Coma der Tod ein.

Die Obduction ergab eine totale Nekrose des Pankreas. Dasselbe lag, völlig sequestrirt, in einer Höhle, welche gebildet war: nach hinten von der stark contrahirten hinteren Wand des Magens, dem Ligamentum gastrocolicum und einem Theil des Dickdarms; nach vorn von der Radix mesenterii und stark verklebten Dünndarmschlingen; nach rechts vom Lig. gastroduodenale, nach links vom Hilus der Milz, einem Theil der linken Niere und einem Theil des Colon, nach hinten von den grossen Gefässen. Die Innenfläche war besetzt von zahlreichen Leisten und Knöpfen von resistenterem Gefüge, dazwischen Buchten, welche von einer dickflüssigen Masse erfüllt sind; die Leisten führen in das lose Fettgewebe, ein ähnliches Verhältniss, wie bei ulcerösen Lungenhöhlen. Am Boden der Höhle liegt das Pankreas. Der Kopf ist gallig pigmentirt, das Mittelstück braun mit grauweissen Punkten und Streifen; der Schwanz, der vom Körper getrennt ist, ist ganz opak grauweiss. Alle diese Theile sind vollkommen sequestrirt; zahlreiche Perforationen führen in den Darm, welche augenscheinlich durch Durchbruch von der Höhle her entstanden sind.

Im Peritoneum sind zahlreiche Fettnekrosen; die Darmschlingen sind durch zahlreiche Fasern und stark vascularisirte Stränge mit einander verwachsen.

Im ganzen Pankreas ist keine lebende Zelle mehr vorhanden. Das Fett ist umgewandelt, erscheint geronnen.

Die ganzen Erscheinungen führen auf einen acuten sehr entzündlichen Process hin, welcher die Sequestration, die Ulcerationen, die Peritonitis adhäsive verschuldet hat; dieser Process ist die Pankreatitis acuta.

Fitz (Boston) hat darüber kürzlich eine Monographie herausgegeben. Er unterscheidet 3 Formen, die hämorrhagische, die eitrige, die gangränöse.

Nach seiner Zusammenstellung (seit 1873 40 Fälle) befällt die Krankheit alle Alter und Geschlechter mit Ausnahme des Kindesalters. Die Krankheit verläuft meist in wenigen Tagen; es kommen aber sowohl apoplectiforme Fälle, als auch solche vor, welche 8 Wochen und länger währen. (Langerhans sah schon einmal einen Fall bei einer Wärterin, der in wenigen Tagen tödlich endete.)

Die Symptome sind fast bestimmte. Kräftige fettreiche Personen wurden während fleissiger Arbeit im besten Wohlsein von Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel und Angstgefühl befallen; Schwellung des Abdomen, und als ganz sicheres Zeichen ein intensiver Schmerz im linken Hypochondrium treten dazu. Intra vitam ist auf Grund dieser Symptome 2 mal von Fitz und von Renvers die Diagnose gestellt worden.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Rosenberg, Hansemann, Fürbringer und der Vortragende. Letzterer constatirt dass der Urin in seinem Falle zuckerfrei war.

Herr **Liebrecht** stellt einen sehr seltenen Fall von Anschwellung der Lider vor, von ödematös derber Consistenz. Leukämie liegt nicht vor, dagegen ist für die Aetiologie wichtig, dass Pat. in den letzten Jahren mehrfach Erysipel durchgemacht hat (6—7 mal) ausgehend von einer syphilitischen Erkrankung der Nase. Histologisch besteht die Schwellung aus fibrillärem Bindegewebe mit zahlreichen Rundzellen. Er bezeichnet die Affection als Elephantiasis palpebrarum.

Diskussion über den Vortrag des Herrn **Karewski: Ueber Operationen an paralytischen Gelenken.**

Herr Jul. Wolff ist bei Paralyse im Fussgelenk ein entschiedener Gegner der Arthrodese, weil portative Verbände mehr leisten; für das Kniegelenk giebt er ihre Berechtigung in vielen Fällen zu, wenngleich er auch in diesem Punkte in vielen Beziehungen Herrn Remak's Ansicht ist. Der Erfinder der Arthrodese, Albert, hatte auch gar nicht die Absicht die Funktion zu verbessern, sondern wollte nur für die Armenpraxis die kostspieligen Stützapparate u. s. w. überflüssig machen. Für die Operationen am Hüftgelenk stimmt er mit Karewski ganz überein, der hier keine Gelenksverödung, sondern die Reduction des luxirten Gelenks erprobte. Für das Ellenbogengelenk gilt das für das Knie Gesagte. Für das Schultergelenk empfiehlt er statt der Arthrodese die Arthrorrhapie, eine Verbindung von Pfanne und Humeruskopf durch einen Silberdraht wodurch eine genügende Fixirung erreicht wird, um den Arm fest zu halten und die Diastase der beiden Gelenksenden genügend vermindert wird, um den Schulterblattmuskeln zu gestatten, in Thätigkeit zu treten, während andererseits eine ausreichende Beweglichkeit erhalten bleibt. Er selbst hat die Arthrodese nur ausgeführt in einem Falle von irreponibler Luxation der Tibia nach vorn und in einem solchen von Luxation der Clavicula im Acromialgelenk.

Herr Eulenburg empfiehlt ebenfalls die von Wolff vorgeschlagene Arthrorrhaphie als für einzelne Fälle ganz ausgezeichnet wirkend.

Herr Karewski giebt die Brauchbarkeit der Arthrorraphie in Fällen, wo noch faradische Erregbarkeit der Muskeln vorhanden ist, zu.

Sitzung vom 11. December 1889.

Vorsitzender: Herr Henoch.

Herr **Arendt: Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt.**

Thure Brandt nennt seine Behandlungsweise: die Heilgymnastik der weiblichen Geschlechtsorgane. Die Methode zerfällt in eine allgemeine und eine specielle. Die erstere hat den Zweck, durch gewisse Bewegungen die Muskel- und Nerventhätigkeit zu beleben, den Tonus der Gefässe zu reguliren. Die specielle Therapie betrifft das erkrankte Organ selbst. Die erstere gehört in das Gebiet der schwedischen Heilgymnastik, die letztere in das der Massage.

Schon die Art der Untersuchung weicht von der bei uns üblichen ab. Die Kranke liegt auf einem Sopha; der Arzt an ihrer Seite sitzend, führt seinen linken Zeigefinger unter den Oberschenkel hindurch in die Rima ein, wodurch es viel leichter ist, die Organe des kleinen Beckens abzutasten. Ausserdem übt Thure Brandt sehr häufig die Methode der Untersuchung im Stehen, um eventuell Verschiedenheiten in der Lagerung bei den verschiedenen Körperhaltungen zu constatiren und die Untersuchung per rectum zum Mindesten bei jeder Erstuntersuchung. Dagegen verwirft er die Untersuchung des durch eine Kugelzange angezogenen Uterus.

Die Untersuchung unter dem Oberschenkel ist decenter, weniger schmerzhaft, weil die Finger nicht eingeschlagen werden und den Damm drücken und ergiebiger, weil man beide Seiten gleich gut abtasten kann, ein Vortheil, den man noch verstärken kann, wenn man die entsprechende Hüfte heben lässt. (Des Vortragenden Mittheilungen über die specielle Methode der Massage wurden so leise und undeutlich verlesen, dass der Zusammenhang zum grossen Theile verloren ging.)

Hervorzuheben ist folgendes:

Es massirt die rechte Hand, wobei fast nur das Schultergelenk in Thätigkeit kommt, während der linke Zeigefinger das behandelte Organ stützt, der Uterus wird fast nur an seiner Hinterfläche und den Seitenkanten behandelt, um die Blase nicht zu reizen, bei Retroflexio nur vom Anus her. Nach jeder Massage werden einige Bewegungen ausgeführt, welche das Blut vom Becken ableiten sollen.

Die kräftige Massage wirkt unmittelbar durch Fortschaffung der Lymphe und des Venenblutes, durch Zerquetschung, Verflüssigung, Fortbewegung von Ex- und Transsudaten, Adhäsionen, die leichte Massage als Reiz für eine kräftige Contraction der Musculatur und Gefässe.

Indicirt ist das Verfahren beim Uterus infantilis, bei Atrophia uteri post partum, bei Amenorrhöen, ferner bei Blutungen

aus Atonie, wo es energischer wirkt als die Curette; bei Retroflexio, bei Endometritis und Metritis, bei Endometritis cervicis, wo mit Heilung des Katarrhs auch die Erosionen und Ovula Nabothi schwinden, Contraindication bildet jede acute Entzündung.

Narben und feste Stränge erfordern energische Massage. Blutungen in den Douglas kommen dabei vor, jedoch ohne schlimme Folgen.

Die Reposition mit der Sonde verwirft Brandt ganz energisch. Die Pessarien leiden alle an 2 Fehlern: sie dehnen die Scheide und reizen die Schleimhaut. Dabei tritt sehr selten Heilung ein. Er ersetzt sie durch die »Liftung des Uterus«, ein Verfahren, bei welchem eine geschulte Assistenz nöthig wird. Er wendet sie an bei Prolaps, Retroflexio, Lateroflexio, gravidem Uterus. Eine »Liftung« des S. Romanum wird bei Rectocele verwandt.

Als gymnastische Bewegung wird zur Unterstützung die »Knietheilung« mit Widerstand, die »Kreuzhebung« u. s. w. verwandt.

Herr Olshausen warnt vor dem Verfahren, welches im höchsten Maasse unwissenschaftlich sei; die Massage der Beckenorgane sei von der der Extremitäten himmelweit verschieden; dort ist die Diagnose mit vollständiger Sicherheit zu stellen und die Wirkung der Massage je nach Absicht zu beschränken, im kleinen Becken aber nur sehr selten.

Ueber praktische Erfolge haben wir wenig gehört. Wie die »Knietheilung« den Beckenboden kräftigen soll, ist Olshausen unerfindlich.

Seine eigenen, therapeutischen Erfolge sind gleich Null, obgleich nur bei ganz alten Fällen in zartester Weise Versuche gemacht wurden. Dagegen hat er die allertraurigsten Resultate aus anderen Händen gesehen. So sah er, dass ein Arzt eine frische Extraperitonealschwangerschaft massiren liess.

Herr Landau: Probiren geht über Studiren; wenn der Vorwurf der »Unwissenschaftlichkeit« gemacht worden ist, so ist dem entgegenzuhalten, dass er das Verfahren, genau nach Thure Brandt ausgeübt, die schönsten Erfolge zeitigen sah. Auch die Untersuchungsmethode erscheint ihm sehr zweckmässig. Er sah eine ganze Reihe von retroflectirten Uteri nach 8 bis 14 Tagen der Behandlung anteflectirt liegen.

Vorläufig ist die Methode ganz streng mit allen Einzelheiten Brandt nachzuahmen; man wird ja wohl auch hier, wie einst beim Lister'schen Verband, lernen, das Unwesentliche vom Wesentlichen zu scheiden.

An der Debatte betheiligen sich noch die Herren Weissenberg und Brandt.

Herr **Edel** demonstrirt Präparate einer doppelseitigen Pyelonephritis calculosa.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. December 1889.

Vorsitzender: Herr Schede.

Vor der Tagesordnung widmet der Vorsitzende dem Andenken Richard v. Volkmann's, der ihm viele Jahre hindurch als Lehrer und Freund zur Seite gestanden, einen ehrenvollen Nachruf. Die Anwesenden ehren sein Andenken in der üblichen Weise.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Unna zeigt einen schon früher von ihm vorgestellten Fall von sehr ausgedehntem Lichen ruber planus, der jetzt bis auf wenige Pigmentflecke spurlos geheilt ist. Patient wurde am ganzen Körper mit einer 2 proc. Sublimatsalbe behandelt.

2) Herr Kroell (als Gast) demonstrirt das Knochenpräparat einer Torsions- oder Spiralfractur des Oberarms, entstammend einem Manne, der von einem Transmissionsriemen erfasst und dabei verletzt worden war. Vortragender hält diese Fractur für wenig bekannt und selten beschrieben. Die Fractur besteht stets aus 2 Schenkeln und einem meist dreieckigen losen, d. h. abgesprengten Knochenstück. Bei Rechtstorsionen entstehen immer linksspiralige Brüche, bei Linkstorsionen rechtsspiralige. Vortragender demonstrirt das Verhalten des Knochens an 2 Stearinkerzen, die er durch Rechts- und Linkstorsion zerbricht und an denen die Veränderungen sich ähnlich documentiren, wie an fracturirten Knochen.

3) Herr Franke demonstrirt Fluorescinlösungen, die zur Erkennung oberflächlicher Hornhautverletzungen sehr geeignet sind. Das Mittel wurde zuerst von Strauch zu diesem Zwecke empfohlen. Ein Tropfen einer 2 proc. Lösung in den Conjunctivalsack gebracht bewirkt sofort eine intensive Grünfärbung aller vom Epithel entblössten Stellen der Cornea, während die übrigen Partien sich nicht färben. Die Lösung muss alkalisch sein; Franke empfiehlt folgende Formel: Rp. Fluorescin 0,2, Natr. carbon. 0,35, Aqu. dest. 10,0. — (Demonstation am Kaninchen- und Menschenauge.)

II. Herr **Eisenlohr: Ueber sogenannte Landry'sche Lähmung.** Der Vortrag wird an anderer Stelle in extenso erscheinen. Jaffé.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 23. October 1889.

(Schluss.)

Dr. **Löwenfeld: Ueber hysterische Schlafzustände.** Vortragender bemerkt einleitend, dass der von den neueren französischen Autoren als sommeil hystérique, hysterischer Schlaf, beschriebene Symptomencomplex unstreitig zu den interessantesten Erscheinungen auf dem Gebiete der Hysterie zählt. Die hier in Betracht kommenden Zustände wurden früher unter verschiedenen Bezeichnungen, als hysterische Lethargie, hysterisches Coma, hysterische Syncope, hysterische Apoplexie, last not least, als hysterischer Scheintod beschrieben. Da diese diversen klinischen Formen jedoch nur Modificationen eines und desselben Grundzustandes darstellen, erscheint deren Zusammenfassung unter einer einheitlichen Bezeichnung — hysterischer Schlaf — völlig gerechtfertigt. Die deutsche Literatur der letzten Decennien enthält über den Gegenstand nur sehr dürftige Mittheilungen, woraus jedoch noch keineswegs auf eine ausserordentliche Seltenheit der in Frage stehenden hysterischen Attaquen in Deutschland geschlossen werden darf. Die ärztliche Bekanntschaft mit denselben ist bis in das Alterthum zu verfolgen. Schon Aretaeus, Galenus u. Plinius führen unter den vom Uterus abhängigen Krankheitserscheinungen (den Symptomen der suffocatio oder praefocatio uteri) Zustände von Sopor und Scheintod an. Bei den Schriftstellern des 15., 16. und 17. Jahrhunderts, insbesonders in den Berichten über die Epidemien von Chorea major und Hysterodämonopathie begegnen wir zahlreichen und wohlbeglaubigten Mittheilungen über hysterische Schlafzustände. Forest erörterte die Differentialdiagnose derselben gegenüber ähnlichen Affectionen (Apoplexie, Syncope, Epilepsie, Katalepsie etc.). Trotzdem wurden noch in diesem Jahrhunderte von hervorragenden Autoren wie Abercrombie und Josef Frank die hysterischen Schlafanfälle mit comatösen Zuständen verschiedensten Ursprunges zusammengeworfen. Indess wurden doch schon in der ersten Hälfte unseres Säculums unsere Kenntnisse auf dem in Rede stehenden Gebiete durch eine Reihe von Beobachtern (Louyer-Villermay, Schindler, Beckers, Pfendler und Landouzy) in manchen Beziehungen erweitert. Einen bedeutenderen Fortschritt brachte jedoch erst die grosse Arbeit Briquet's über Hysterie. B. unterschied bereits neben Anfällen von Syncope, Attaques de sommeil, de coma et de léthargie als Grade eines und desselben pathologischen Zustandes und lieferte treffliche Beschreibungen dieser Anfallsvarietäten. Die gegenwärtig herrschende Auffassung der Schlafattaquen stützt sich auf die Untersuchungen Charcot's und seiner Schüler über die Grande Hysterie. Die Wahrnehmung, dass hysterische Schlafzustände sehr häufig an Krampfanfälle, die dem Gebiete der grossen Hysterie angehören, sich anschliessen oder mit solchen in verschiedener Weise sich combiniren (Varieté de la grande attaque hystérique par immixtion des phénomènes léthargiques, Richer) führte Charcot zu der Anschauung, dass der sommeil hystérique lediglich eine Modification

des hysteroepileptischen Anfalles darstellt. Dieser Auffassung begegnen wir auch bei anderen französischen Autoren, die sich in den letzten Jahren mit dem hysterischen Schlafe beschäftigten (Pitres und Gilles de la Tourette). Die Folgezustände gewisser Anfallsformen (der Apoplexie hystérique) wurden in jüngster Zeit von Debove und Achard eingehender studirt.

Die eigenen Beobachtungen des Vortragenden umfassen 5 Fälle, sämmtlich weibliche Personen im Alter von 20—30 Jahren betreffend. Eine dieser Patientinnen bot abgesehen von den Schlafanfällen keinerlei hysterischen Erscheinungen dar, während bei den 4 übrigen Kranken ausgeprägte Hysterie bestand, bei zweien derselben zeitweilig auch Erscheinungen der grossen Hysterie vorhanden waren. Als schwer wiegende Complication wurde in 2 Fällen länger dauernde Melancholie beobachtet.

Zur Beschreibung der Anfälle selbst übergehend bemerkt Vortragender, dass 3 Arten der Anfallseinleitung zu unterscheiden sind:

a) Der Schlafzustand tritt plötzlich und unvermittelt, i. e. ohne unmittelbaren Vorhergang anderer Krankheitssymptome ein (Zusammensinken während des Gehens, Einschlafen während des Essens, An- und Auskleidens etc.).

b) Häufiger ist Vorhergang anderer Krankheitssymptome — nach der Ansicht französischer Beobachter meist Krämpfe — nach den Beobachtungen des Vortragenden verschiedene Kopfbeschwerden und besonders eine stetig anwachsende Schlafneigung.

c) Der hysterische Schlaf schliesst sich unmittelbar an den natürlichen Schlaf an oder schaltet sich in dessen Verlauf ein.

Im Momente des Einschlafens zeigen die Kranken gewöhnlich keine auffällige Veränderung der Gesichtsfarbe. Die mit dem Schlafzustande verknüpfte Bewusstseinsalteration war in den vom Vortragenden beobachteten Anfällen immer sogleich in den ersten Momenten vollentwickelt.

Die Eingeschlafene unterscheidet sich hinsichtlich des Gesichtsausdruckes und der Lagerung gewöhnlich in keiner Weise von einer im natürlichen tiefen Schlafe liegenden Person. Auffallende Gesichtsblässe sah Vortragender nie, wohl aber bei einer Patientin regelmässig lebhafte Röthung des Gesichtes. Die Musculatur, in der Regel zu Beginn des Anfalles völlig erschlafft, verblieb in diesem Zustande während eines grossen Theiles der beobachteten Anfälle. Dabei zeigten sich jedoch die Kaumuskeln gewöhnlich im Contractionszustande und die Lider geschlossen. Andererseits fanden sich häufig mehr minder ausgebreitete tonische Krämpfe bis zur völligen Körperstarre, ferner klonische Zuckungen von verschiedenster Ausbreitung, zumeist tonische und klonische Krämpfe an verschiedenen Muskelgebieten neben einander. Diese spastischen Symptome gehören jedoch nicht dem Lethargus als solchen an; sie repräsentiren in dem Schlafanfall sich einflechtende Bruchstücke einer hysteroepileptischen Attaque; hiemit hängt es zusammen, dass bei stärkerem Hervortreten derselben sich zumeist auch die übrigen Theilerscheinungen des hysteroepileptischen Anfalles alsbald einstellen, nach deren Ablauf die spastischen Phänomene gewöhnlich in geringerem Maasse noch einige Zeit sich geltend machen. Ausser Krämpfen wurden in zwei Fällen zeitweilig auch kataleptische Erscheinungen während der Schlafzustände constatirt.

Das Verhalten der Sensibilität bildet den Kern des ganzen Symptomencomplexes der Anfälle, soferne in den uncomplicirten Fällen hierauf die Unterscheidung gegenüber dem natürlichen Schlafe sich stützt. Nach den Beobachtungen des Vortragenden lassen sich drei Grade der Tiefe des Schlafzustandes unterscheiden.

a) Leichte Anfälle. Hier ist nur durch lange dauernde Anwendung jener Reize, die beim natürlichen Schlafe sofort oder alsbald Erwachen bewirken (Anrufen, Rütteln etc.) ein Erfolg zu erzielen.

b) Mittelschwere Fälle. In diesen ist ein Erwecken nur durch anhaltende Anwendung intensiver Reize oder längeren Druck auf hyperästhetische Körperpartien (Ovarialgegend, Wirbelsäule z. B.) herbeizuführen.

c) Schwerste Fälle (tiefster lethargischer Zustand). Hier lassen sich höchstens gewisse reflectorische oder automatische Bewegungen auslösen; ein Erwachen ist dagegen auf keine Weise zu erzielen.

Dieses verschiedene Verhalten gegenüber äusseren Eindrücken ist oft in einem und demselben Anfalle je nach der Phase desselben zu beobachten. Die Tiefe des Lethargus sinkt gewöhnlich, wenn sich derselbe seinem natürlichen Ende nähert. Daher sind die Anfälle von kurzer Dauer, in der Regel auch von geringerer Tiefe. In den vom Vortragenden beobachteten Fällen hatten die Kranken nach dem Anfalle nie eine Erinnerung an das während desselben mit ihnen Vorgenommene; sie wussten daher nie zu unterscheiden, ob sie spontan erwacht oder auf irgend eine Weise erweckt worden waren. Von anderen Autoren sind dagegen Fälle berichtet, in welchen die Sinnesthätigkeit zum Theile (speciell das Gehör) während der Anfälle erhalten blieb, auch die Kranken sich nachträglich der Vorgänge während des Anfalles erinnern konnten (lucide oder hellseherische Lethargie, Gilles de la Tourette). Indess kann es sich nach den Wahrnehmungen des Vortragenden auch in jenen Anfällen, welche für die Kranken eine einfache Lücke in ihrer geistigen Existenz bilden, nicht immer um einen Zustand wirklicher Bewusstlosigkeit handeln. Eine Reihe von Umständen — Lagerung und Bewegungen der Kranken während der Anfälle, transitorische Hallucinationen und länger sich fortspinnende Traumzustände, Empfänglichkeit für gewisse Suggestionen — bezeugen auch hier oft genug die Fortdauer einer gewissen psychischen Thätigkeit.

Von den Reflexen fand Vortragender im tiefen Lethargus den Corneal-, Nasenschleimhaut- und Kitzelreflex erloschen, den Stichreflex nur rudimentär (geringe Zehenbeugung). Die Sehnenphänomene erwiesen sich nicht verändert, von neuromusculärer Uebererregbarkeit war nie eine Andeutung zu constatiren.

Im Gebiete der vegetativen Functionen bieten sich während der Schlafattaquen ebenfalls manche interessante Erscheinungen dar. Der Puls ist gewöhnlich ruhig und gleichmässig, zwischen 60 und 70 Schlägen schwankend und entspricht dabei in seiner Völle dem allgemeinen Ernährungszustande. In einzelnen der vom Vortragenden beobachteten Anfälle sank jedoch die Frequenz bis auf 45 in der Minute, während der Puls zugleich sehr klein wurde. Hochgradige Abschwächung der Herzaction hat man auch sonst, insbesonders in den als hysterische Synkope und hysterischer Scheintod beschriebenen Fällen beobachtet. Die Respiration ist ebenfalls im Allgemeinen ruhig und gleichmässig; in einem der 5 Fälle des Vortragenden war dieselbe jedoch in der Regel sehr oberflächlich, dabei die Zahl der Athemzüge vermindert (zwischen 10 und 13 in der Minute schwankend). Die Herabsetzung der respiratorischen Thätigkeit erreichte jedoch hier nie jenen Grad, der in gewissen Fällen von hysterischen Scheintod constatirt wurde. Die Temperatur (i. e. Innentemperatur des Körpers) fand Vortragender wie frühere Beobachter nie in nennenswerther Weise herabgesetzt (37,1—37,5) dagegen die peripheren Theile zumeist kühl, zum Theile sogar eisig. Bei einer Kranken bestanden auch Erscheinungen localer Asphyxie.

Die Ernährung der Kranken macht bei langer Andauer oder Häufung der Anfälle gewöhnlich Schwierigkeiten und musste in ersterem Falle vorwiegend auf künstlichem Wege (durch ernährende Klysmen oder Einführung flüssiger Nahrung durch die Schlundsonde) bethätigt werden. Dabei zeigte sich, dass trotz ungenügender Nahrungszufuhr die Kranken relativ wenig abmagern; es liess sich dies auch in einer der Beobachtungen des Vortragenden in deutlicher Weise constatiren. Dieser auf Verlangsamung des Stoffwechsels offenbar beruhende Umstand, sowie die erwähnte Herabsetzung der Herzaction und Respiration nähern den hysterischen Schlaf dem Winterschlafe gewisser Säuger.

Das Erwachen erfolgte bei den vom Vortragenden beobachteten Anfällen zumeist ähnlich wie beim natürlichen Schlafe In einer Minderzahl von Anfällen schob sich zwischen den lethargischen Zustand und das volle Wachsein ein eigenartiges Zwischenstadium — ein Stadium vollständiger Demenz bei nor-

maler Sinnesthätigkeit — ein, von welchem der Uebergang in den Zustand voller geistiger Klarheit nur durch erneutes kurzdauerndes Einschlafen erfolgte. Dieser als »stufenweises Erwachen« vom Vortragenden bezeichnete, bisher nicht beobachtete Vorgang stellte sich sowohl spontan als bei Erweckungsversuchen ein.

Die Dauer der einzelnen Anfälle zeigt enorme Schwankungen. Bei den Kranken des Vortragenden währten die kürzesten Anfälle nur 10 Minuten, der längste 16 Stunden. In der Literatur sind jedoch Fälle mitgetheilt, in welchen der Schlafzustand Wochen, Monate und selbst Jahre andauerte (Beobachtungen von Charcot, Gairdner, Pfendler, Semelaigne, Gilles de la Tourette u. A.). In den Verlauf dieser langen Schlafattaquen schieben sich jedoch zumeist von Zeit zu Zeit hysteroepileptische Anfälle ein.

Wie die Dauer so variirt auch die Häufigkeit der Anfälle bei den einzelnen Kranken in ganz ausserordentlichem Maasse. Bei einer Patientin des Vortragenden traten im Verlaufe mehrerer Jahre nur einige Anfälle und diese stets nach heftigen gemüthlichen Erregungen auf. Bei einer andern, jetzt 27jährigen Kranken, bei welcher der hysterische Zustand jetzt seit 16 Jahren bereits besteht, stellten sich während dieser langen Zeit mit Ausnahme einer Periode von 2 Jahren alljährlich über eine Anzahl von Monaten sich erstreckende Anfallsserien, jede aus mehreren Hunderten Einzelattaquen bestehend, im Ganzen bisher sicher mehrere Tausende von Anfällen ein.[1]) Bei dieser Kranken genügt noch gegenwärtig (die letzte Anfallsserie endete bereits vor 7 Monaten) einfacher Augenschluss unter Tags, um nach wenigen Secunden den lethargischen Zustand herbeizuführen. Der hysterische Schlaf hat nie eine dem natürlichen ähnliche günstige Wirkung auf das Befinden der Leidenden. Zumeist machen sich nach demselben Kopfbeschwerden verschiedener Art (Kopfschmerz, Kopfeingenommenheit, Schwindel etc.) geltend; es sind jedoch im Gefolge desselben nicht selten auch ernstere Störungen, Hemiplegie, Paraplegie, Mutismus etc. beobachtet worden. Die Prognose der Anfälle ist jedoch quoad vitam wenigstens im Allgemeinen günstig zu nennen, soferne selbst in den bedrohlichst erscheinenden Attaquen synkopaler Natur und bei hysterischem Scheintod der Ausgang in der Regel ein guter war.[2])

Bezüglich der Vorgänge im Nervensystem, auf welchen die Anfälle beruhen, sind wir vorerst noch ganz auf Vermuthungen angewiesen.

Gegen eine Verursachung durch Circulationsstörungen (Anaemie des Gehirns) sprechen verschiedene Umstände. Die Details des Anfalles weisen auf Hemmungsvorgänge, namentlich im Bereiche der Grosshirnrindencentren hin, neben welchen zum Theile Erregungsvorgänge (Krämpfe, Hallucinationen) sich abspielen. Wodurch Hemmung und Erregung ausgelöst werden, wodurch die bei einzelnen Kranken durch lange Zeit in auffälliger Weise sich geltend machende lethargische Disposition bedingt ist, entzieht sich noch ganz unserer Kenntniss. Vielleicht ist hiebei die Bildung abnormer, auf die Nervencentren toxisch wirkender Stoffwechselproducte wirksam.

Die Diagnose macht bei Berücksichtigung der gesammten Sachlage zumeist keine besonderen Schwierigkeiten. Die Unterscheidung von dem Coma bei Hirnblutung und Hirnerweichung ergiebt in der Regel schon das Aussehen der Kranken. Die Differentialdiagnose der Epilepsie, resp. dem Petit Mal gegenüber muss sich auf die Antecedentien des Falles stützen. Von den Schlafattaquen der Narkolepsie unterscheidet sich der hysterische Schlaf dadurch, dass bei ersteren der Eingeschlafene jederzeit wie beim natürlichen Schlafe erweckt werden kann.

Was die Therapie anbelangt, so haben sich dem Vortragenden nur diejenigen Heilverfahren, welche roborirend auf das Gesammtnervensystem wirken, gegen die in Frage stehenden Anfälle nützlich erwiesen. Von dem Erwecken der Kranken sah Vortragender bei vereinzelten Anfällen von kürzerer Dauer keinen Vortheil. Dasselbe ist jedoch bei länger währenden oder sich häufenden Attaquen zu versuchen, um die Ernährung des Kranken, wenn möglich, auf natürlichem Wege zu bethätigen.

[1]) In der Zeit zwischen den einzelnen Anfallsserien blieben die Anfälle hier nie ganz aus; sie traten jedoch nur in grösseren Zwischenräumen und meist im Gefolge von gemüthlichen Erregungen oder Ueberanstrengungen auf.

[2]) Aus neuerer Zeit liegt nur eine Beobachtung von hysterischer Synkope mit letalem Ausgange vor (Fall von Martineng).

62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg

vom 18.—23. September 1889.

Aus der Section für Gynäkologie.

(Schluss.)

Thiem: Erfahrungen über die vaginale Ligatur nach Schücking und Vorschläge zu einer Modification derselben.

Thiem hat die Schücking'sche Ligatur in der Weise modificirt, dass er — bei Verdrängung der Blase durch einen Katheter nach links — die nicht armirte Nadel durch Uterus und vorderes Scheidengewölbe stösst, dann einen Faden durchzieht und zuletzt die Nadel noch durch die vordere Muttermundslippe führt. Nach 2—3 Tagen hat die eintretende Adhaesiv-Peritonitis den Uterus nach vorne fixirt, dennoch sollen die Fäden mehrere Tage liegen bleiben. Kleine Blasenblutungen, die etwa eintreten, sind bedeutungslos. Thiem hat mit Schücking bis jetzt 36 Fälle mit Erfolg behandelt, allerdings sind die letzten Fälle erst vor einem Vierteljahre operirt, jedoch hat Schücking schon 2 Jahre dauernde Erfolge aufzuweisen. Im Anfang hat allerdings Schücking manchmal erfolglos operirt, wie auch Löhlein in der Discussion bestätigte.

Bayer-Strassburg: **Ueber die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und die Behandlung der Cervixstricturen durch den constanten Strom.**

Im Gegensatz zur Anwendung des constanten Stroms in der Gynäkologie handelt es sich in der Geburtshülfe um die contractionserregende Wirkung des Galvanismus. Geeignet zu diesem Zwecke sind labile Ströme mit Unterbrechungen, schwächere Ströme bis zu 20—25 Milliamp., bei grosser positiver Electrode und dem negativen Pole in der Cervix geeignet. Die Wirkungen des Stroms sind Auflockerung und Erweiterung des Mutterhalses und Erzeugung von Contractionen. Bayer konnte in jedem Falle Wehen erzeugen und erklärt die früher von anderen Autoren (Brühl) erzielten Misserfolge aus ungeeigneter Applicationsweise oder als Torpidität des Uterus, wie sie bei allgemeiner Beckenverengung vorkommt. Die Unerregbarkeit kann übrigens temporär sein (Schatz). Man darf keine zu langen Pausen zwischen den Sitzungen eintreten lassen, weil die durch den Galvanismus erzeugten Wehen wieder aussetzen können. Als Cervixelectrode empfiehlt Bayer einen kleinen Schwamm mit einem in einem Drainrohre steckenden Draht. Diese soll liegen bleiben, während die Anode alle 10 bis 5 Minuten auf die Bauchdecken aufgesetzt werden soll, was durch die Hebamme geschehen kann. Dies kann stundenlang fortgesetzt werden, manchmal aber ist es gut, längere Zeit auszusetzen. Der Galvanismus empfiehlt sich daher nicht, wenn wegen Lebensgefahr für die Mutter die Frühgeburt eingeleitet werden soll. Sind regelmässig spontane Wehen eingetreten, so wird das Schwämmchen entfernt. Bei mangelhafter Entfaltung des unteren Segmentes, wo die contractionsfähige Musculatur bis unterhalb der Eispitze nach unten reicht, bildet sich während der Wehen nicht selten eine »physiologische Strictur«, welche durch abnorme Reizungen zu einer »spastischen Strictur« werden kann. Unter solchen Verhältnissen wirkt der constante Strom zunächst nicht austreibend, sondern soll zuerst beruhigend und auflockernd wirken, zu welchem Zwecke die stabile Application mit direct an die Strictur gesetzter Kathode geeignet ist. Das intermittirende Galvanisiren dagegen ist zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, besonders wenn die Cervix noch wenig vorbereitet ist, ferner zur Verbreitung eines unentfalteten, rigiden Muttermundes, endlich zur Beseitigung von Cervixstricturen zu empfehlen.

In der Discussion erwähnt Kehrer einen Fall, in welchem nach Galvanisiren eines Myoms die Ruptur einer verschlossenen blennorhoischen Tube und schliesslich eine letale Peritonitis eintrat.

Bröse-Berlin: **Ueber einige Anwendungsarten des faradischen Stromes in der Gynäkologie.**

Der faradische Strom wirkt nach Bröse's Erfahrungen schmerzstillend bei allen vom Ovarium ausgehenden Schmerzen, und zwar dauernd. Von 25 Fällen von Oophoritis und Perioophoritis wurden 21 dauernd geheilt, 2 gebessert, 2 sind noch in Behandlung. Geringe Folgen wurden bei Residuen von Peri- und Parametritis erzielt. Bei Dysmenorrhöe und einem acuten Exsudat dagegen sah Bröse schmerzstillende Wirkung eintreten. Bröse faradisirt von der Vagina und vom Uterus aus unipolar oder bipolar und verwendet eine mit Hirschmann hergestellte bipolare, gerade Electrode, welche gut zu reinigen ist und vom Uterussecret nicht beeinflusst wird. Zur Schmerzstillung sind starke Ströme anzuwenden. Bröse benützt Rollen aus dünnem Draht mit vielen Windungen.

Haanen demonstrirt eine neue Leibbinde.

H. W. Freund: Ueber den normalen und abnormen Wanderungsmechanismus wachsender Eierstockstumoren.

Ovarialtumoren liegen normaler Weise anfangs hinter dem Uterus, welcher etwas elevirt und nach der anderen Seite verdrängt wird. An der vorderen Tumorfläche ist der ungedrehte Stiel. Wächst der Tumor in die Bauchhöhle hinauf, so fällt er an die vordere Bauchwand, drängt den Uterus nach hinten und drückt die Harnblase von oben hier central ein. Bei dieser Bewegung entsteht eine Stieldrehung und der Stiel verläuft jetzt hinter der Geschwulst. Von diesen normalen Verhältnissen gibt es Ausnahmen 1) bei Adhäsionen im kleinen Becken und intraligamentöser Entwicklung, 2) bei Adhäsionen und Nachbartumoren, z. B. Gravidität, 3) durch gegenseitige Behinderung doppelseitiger Ovarialtumoren, endlich 4) bei sehr straffer vorderer Bauchwand, wo der Tumor nicht nach vorne sich senken kann. Freund's Angaben liegt ein Material von 200 Beobachtungen zu Grunde.

Fehling: Zur Methode der Prolapsoperationen.

Die Misserfolge bei Operationen in gewöhnlichen Fällen von Prolaps sind einmal darauf zuruckzuführen, dass die Kolporrhaphia anterior häufig nach nicht genügend ausgiebiger Excision der vorderen Vaginal-Wand gemacht wird, ferner darauf, dass man bestrebt ist, alle Theiloperationen in einer Sitzung zu machen, was zur Folge hat, dass Kolporrhaphia ant. und Kolpoperinorrhaphia nicht ausgiebig genug gemacht werden können, weil die seitliche Schleimhautbrücke sonst zu schmal bleibt. Bei zweizeitiger Operation ist allerdings ein längerer Aufenthalt im Bette nothwendig, aber gerade dadurch können sich die Bauchfellfalten und der Bauchfellüberzug der Blase und des Uterus wieder verkürzen, um gemeinsam mit der Scheidenverengung den Uterus in der Höhe zu erhalten. Endlich bleibt der Erfolg oft deshalb aus, weil die frische Wunde und später die junge Narbe der Kolporrhaphia anterior durch die Athem- und Hustbewegungen und durch Füllung und Entleerung der Blase eine abwechselnde Dehnung erfährt. Fehling will die Kolporrhaphia anterior in der Weise modificiren, dass er (nach der Amputation oder Keilexcission der Portio) zwei 1—$1^1/_2$ cm von einander entfernte parallele Schnitte in der Mitte der vorderen Scheidewand macht, welche gegen den Scheideneingang zu schräg auslaufen; von der von der Portio 1—$1^1/_2$ cm entfernten Spitze aus wird hierauf beiderseits ein zweiter Schnitt so geführt, dass ein ovaler Scheidenlappen auf jeder Seite umschnitten wird, dessen Achsen gegen die Portio zu mässig convergiren. Naht. Bei der Herausnahme der Nähte ist die Narbe an der Stelle der H-Figur, wo die senkrechten Schenkel die queren kreuzen. In der zweiten Sitzung folgt die Kolpoperineorrhaphia; steht hierbei der vordere Vaginalwulst noch vor, so macht man eine schmale Kolporrhaphia anterior mediana. Fehling hat in dieser Weise 16mal operirt, und zwar mit besseren Erfolgen als früher.

P. Müller-Bern: **Ueber ventrale Fixation des prolabirten Uterus.**

P. Müller hat 12—15 schwere Prolaps-Fälle mit Ventrofixatio behandelt, kann aber die Resultate nicht als günstig bezeichnen. In wenigen Fällen wurde der Vorfall zurückgehalten, in vielen fielen Uterus und Vagina oder Vagina allein bald wieder vor, weil die Bauchwandadhäsionen sich wieder dehnten oder trichterförmige Einziehung der Bauchnarbe durch Zerrung des sich wieder senkenden Uterus entstanden. In einem Falle entstand ein grosser Bauchbruch. Oefters war der Misserfolg der starken Cervix-Hypertrophie zuzuschreiben. Den der Operation principiell gemachten Vorwürfen kann übrigens Müller nicht zustimmen.

In der Discussion über die beiden letzten Vorträge erklären sich Kehrer, Hofmeier und besonders W. A. Freund mit Fehling's Vorschlägen einverstanden, während Czempin, der grosses Gewicht auf die Katgutnaht legt, von einzeitigen Operiren keine Nachtheile gesehen hat. Schauta hat einmal bei der Kolporrhaphia posterior den Douglas verletzt, z. Theil resecirt und vernäht, und zwar mit nachfolgender Heilung. Die Totalexstirpation bei Prolaps wurde von Baumgärtner und P. Müller wiederholt gemacht, aber nicht mit ermuthigenden Erfolgen. Fehling hat unter drei Fällen von Ventrofixatio bei Prolaps 2mal Dauerfolg erzielt, einmal entstand Recidive.

(Nach C. f. Gyn.)

Verschiedenes.

(Todesfall in Folge von Curpfuscherei.) Ein in seinen Folgen überaus trauriger Fall von Curpfuscherei kam vor Kurzem in Bayreuth zur gerichtlichen Verhandlung. Am 30. August d. Js. hatte der $7^1/_2$jährige Knabe J. G. in Kulmbach beim Spielen den Unterschenkel gebrochen. Die Eltern zogen den in Kulmbach als »Einrichter« sein Wesen treibenden Weber Adam Burger zu Rathe, der den Bruch einzurichten versuchte, dann das Bein mit Pflaster- und Leinwandstreifen fest umwickelte und endlich 6 roh aus Spähnen geschnitzte Schienen um das Bein legte, die er mit einer Schnur aus allen Kräften so fest zusammenschnürte, dass an dem Holz die Eindrücke der Schnur sichtbar waren. Bereits am übernächsten Tage war der Fuss mit Blasen überzogen und zeigte eine schwarz-blaue Färbung. Als der Vater hiervon dem Curpfuscher, der sich selbst nicht nach dem Kinde umsah, Mittheilung machte, meinte dieser, »das habe nichts zu sagen, das käme öfter bei Brüchen vor«. Erst als der Knabe Fieber bekam, am 2. September, consultirten die Eltern einen Arzt, der schon bald den Eintritt des Brandes constatirte und die schleunige Amputation vorschlug. Diese verhinderte jedoch der Pfuscher, den die Eltern unbegreiflicher Weise immer wieder herbeiriefen, indem er zuerst erklärte, das sei gar nicht Brand, später aber, als der Arzt wiederholt die Amputation als einzige Möglichkeit, das Leben zu retten, verlangt hatte, den Eltern rieth: »Lasst das Bein nicht abnehmen — ich bringe das Bein wieder zum Leben«. Natürlich ging es täglich schlechter; als die Eltern endlich am 13. September die Amputation zugaben, war es zu spät, nach 2 Tagen starb das Kind nach unsäglichen Qualen.

In der Verhandlung, die eine beispiellose Gewissenlosigkeit seitens des Angeklagten enthüllte, sprachen sich die Sachverständigen übereinstimmend dahin aus, dass der Tod unzweifelhaft Folge der fehlerhaften Behandlung war, worauf der Pfuscher wegen fahrlässiger Tödtung zu der, in Anbetracht des schweren durch ihn verschuldeten Unglücks sehr mild zu nennenden, Strafe von 8 Monaten Gefängniss und Tragung sämmtlicher Kosten verurtheilt wurde.

(Catgutinfection.) Die an anderer Stelle schon kurz erwähnten experimentellen Untersuchungen von Brunner-Zürich über die Leistungsfähigkeit der gebräuchlichen Desinfectionsmethoden des Catgut führten zu folgenden Resultaten: Bei Darmsaiten, die aus dem Dünndarm milzbrandig gemachter Kaninchen hergestellt waren und aus denen sich massenhaft Milzbrandcolonien züchten liessen, wurde 1) durch 6-*) stündiges Einwirken von Sublimat (1‰iges) eine absolute Keimfreiheit sämmtlicher Culturen erzielt. 2) Nach 2stündiger Einwirkung einer Trockenhitze von 140° waren alle Culturen steril. 3) Nach 36stündiger Einwirkung von Ol. Juniperi zeigte die grosse Mehrzahl der Culturen zahlreiche Colonien. 4) Das Aufbewahren in 20procentigem Karbolöl ergab nach 12 Tagen Keimfreiheit aller Proben. Brunner gelangt zu dem Schlusse, dass die Infectionsgefahr keineswegs den Grund dazu bieten könne, dem Geschenke Lister's den Abschied zu geben.

*) Nicht, wie auf pag. 830 irrthümlicherweise gesagt war, $^1/_2$-stündiges.

(Kalender pro 1890.) Paul Moser's Notizkalender als Schreibunterlage. XIV. Jahrgang. Berl. lithograph. Institut (Julius Moser), Berlin W., Potsdamerstr. 110. Der vorliegende Kalender ist nicht, wie die früher an dieser Stelle besprochenen, speciell für ärztliche Bedürfnisse bearbeitet, eignet sich aber, in Folge seiner zweckmässigen Einrichtung, vorzüglich als Schreibmappe für den ärztlichen Schreibtisch. Er besteht aus einer in Leinen solid gebundenen Foliomappe, deren Hauptinhalt ein für jeden einzelnen Tag des Jahres reichlichen Raum gewährender, auf 72 Seiten guten Schreibpapieres gedruckter und mit Löschpapier durchschossener Notizkalender bildet. Ferner enthält die Mappe u. A. einen Comptoir-Kalender, Einnahme- und Ausgabe-Tabellen für die 12 Monate des Jahres und in einem Anhange eine grosse Auswahl verschiedener Tarife, Tabellen, Bestimmungen etc., die nachzuschlagen jeden Augenblick im täglichen Leben Gelegenheit entstehen kann. Werthvolle Beilagen bilden eine grosse Eisenbahnkarte des Deutschen Reiches, eine Taxschablone zur Ermittelung der Taxzone für Werthbriefe und Packete, ein Comptoir-Wandkalender ein Linienblatt. Die Mappe, deren Preis (2 M.) überdies ein sehr mässiger ist, kann als praktisches Schreibtischrequisit bestens empfohlen werden.

Therapeutische Notizen.

(Zur Verhütung der Influenza) empfiehlt Dr. Graeser Bonn (Berl. kl. W. Nr. 51) Gaben von 0,5 Chinin, täglich oder jeden 2. Tag, so lange die Gefahr der Infection besteht; seine günstigen Erfahrungen mit dieser Methode bei der Prophylaxe der Malaria veranlassten ihn zu diesem Vorschlage. Zur Prüfung der Wirksamkeit dieses Verfahrens schlägt Graeser vor, in verschiedenen im Bereiche der Influenza-Infection liegenden Garnisonen einzelne Truppenabtheilungen prophylactisch mit Chinin behandeln und genau beobachten zu lassen. Bei dieser Behandlung erhielte jeder Mann pro Tag einen Chinin-Schnaps, enthaltend 0,5 Chinin. Die gewonnenen Resultate wären möglichst schnell zu veröffentlichen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. December. In Bezug auf die Zugehörigkeit von Studirenden zu mehreren Facultäten hat sich der preussische Cultusminister zu der Bestimmung veranlasst gesehen, dass Anträge von Studirenden, welche gleichzeitig bei zwei oder mehr Facultäten eingeschrieben zu werden wünschen, grundsätzlich als unstatthaft zurückzuweisen sind. Nur hinsichtlich der gleichzeitigen Einschreibung bei der philosophischen und einer anderen Facultät sind Ausnahmen hiervon statthaft.

— Die Influenza, die fast in ganz Mitteleuropa epidemisch auftritt, hat in der letzten Woche einen Umsatz in den Apotheken herbeigeführt, wie er seit undenklichen Zeiten nicht vorgekommen ist. Wie die »Pharm. Ztg.« berichtet, sind es hauptsächlich Antipyrin und Chinin, welche in Anwendung kommen.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 49. Jahreswoche, vom 1.—7. December, die geringste Sterblichkeit Liegnitz mit 13,1, die grösste Sterblichkeit Stettin mit 32,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Der vor Kurzem verstorbene Geh. Sanitätsrath Dr. Grätzer hat der Stadtgemeinde Breslau für hygienisch-statistische Zwecke ein Legat im Betrage von 10,000 M. vermacht.

— In Lüttich wurde ein Arzt zur Zahlung eines Schadenersatzes von 10,000 Frcs. verurtheilt, weil er, ohne die Erlaubniss des Vaters einzuholen, an einem Knaben eine Knochenoperation vornahm, welche in der Folge die Amputation des Beines nothwendig machte.

— Am 13./14. December cr. fand in Breslau der XVIII. schlesische Bädertag statt.

— Von Neujahr ab wird in Paris im Verlage von Rouff eine neue medicin. Zeitschrift »La nouvelle médecine« unter der Redaction von Prof. Gérmain Sée und unter der Mitarbeiterschaft von 34 Professoren der medicinischen Facultät und mehreren der Provincial-Universitäten erscheinen. Dieselbe soll das Centralorgan der akademischen Kreise Frankreichs bilden.

(Universitäts-Nachrichten.) Greifswald. Der a. o. Professor für Dermatologie und Syphilis Dr. Eichstedt feierte am 20. ds. sein 50jähriges Doctorjubiläum. Der medicinische Verein ernannte ihn bei dieser Gelegenheit zu seinem Ehrenmitgliede. — Prag. Der Primärarzt der Landesfindelanstalt und Privatdocent Dr. Carl Schwing wurde zum a. o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität mit böhmischer Vortragssprache ernannt.

(Todesfälle.) In St. Petersburg starb Prof. Dr. E. E. Eichwald, seit 1883 dirigirender Arzt der ersten medicinischen Abtheilung des klinischen Militärhospitals, am 2. November.

Prof. Dr. Elias Heymann, Docent der allgemeinen Gesundheitslehre am Karolinischen Institut zu Stockholm und langjähriger Redacteur der Zeitschrift der schwedischen Aerzte-Gesellschaft »Hygiea«, ist am 14. ds. im Alter von 60 Jahren während eines Vortrages im Stockholmer Gesundheitspflegeverein plötzlich an Herzschlag gestorben.

In Budapest starb am 20. ds. Prof. Gezza Antal, Docent für Chirurgie der männlichen Harn- und Geschlechts-Organe. Primärarzt am Rochusspital.

Berichtigung. In den Schluss des Berichtes über den IV. internationalen Congress für Otologie zu Brüssel etc. in Nr. 51 d. Bl. haben sich in Folge eines Versehens der Druckerei folgende Druckfehler eingeschlichen: Seite 908, Zeile 1 statt: »Morpungo tritt für die Instillation im Beginn« lies: »Morpurgo tritt für die Instillation des 20procentigen Carbolglycerins im Beginn etc.«; Seite 909, Spalte 1, Zeile 35: statt »betrachte« lies »betrachtet», Zeile 42: statt »Alvaroz« liess »Alvarez«, Zeile 45: statt »verhindern« lies »vermindern«, Zeile 50: statt »cariösen« lies »cariösem«, Zeile 12 von unten: statt »a^{y}« lies »a^{v}«, Zeile 9 von unten: statt »umfassende« liess »umfassenden«.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernannt. Der k. Hofrath, Hofstabsarzt Dr. Alfred Halm zum functionirenden Leibarzte; der praktische Arzt Dr. Adolf Flierl zu Forchheim zum Bezirksarzte in Ebermannstadt und der praktische Arzt Dr. Emil Schickendantz in Kusel zum Bezirksarzte dortselbst; Dr. Friedrich Vocke, bisher Assistenzarzt an der Local-Irrenanstalt St. Getreu bei Bamberg zum 4. Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt München.

Auszeichnung. Dem prakt. Arzt Dr. Fr. S. Heigl in Nymphenburg, ordinirendem Arzte am Spitale des Haus-Ritter-Ordens vom hl. Georg, wurde der Verdienstorden vom hl. Michael IV. Cl. verliehen.

Befördert. Der 3. Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt München Dr. Hugo Heinzelmann zum 2. Assistenzarzt an der genannten Anstalt; der bisherige 4. Assistenzarzt Dr. Clemens Gudden zum 3. Assistenzarzt.

Gestorben. Der königl. Hofrath und Brunnenarzt Dr. Simon Gaetschenberger in Bad Kissingen; Dr. Max Heimer, prakt. Arzt in München; Dr. C. F. Hepp, Bezirksarzt a. D. in München; der approb. Arzt Eugen Niggl in Weissenstadt, B.-A. Kulmbach.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 50. Jahreswoche vom 8. bis 14. December 1889.

Betheil. Aerzte 292. — Brechdurchfall 18 (21*), Diphtherie, Croup 49 (89), Erysipelas 17 (6), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (5), Kindbettfieber — (5), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 75 (62), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 5 (2), Parotitis epidemica 4 (4), Pneumonia crouposa 19 (20), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 19 (19), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 7 (5), Tussis convulsiva 23 (27), Typhus abdominalis 3 (3), Varicellen 34 (41), Variola, Variolois — (—). Summa 278 (311). Influenza: Stadt 16, Militär-Lazareth 46.

Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 50. Jahreswoche vom 8. bis incl. 14. Dec. 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 3 (2), Scharlach 1 (1), Diphtherie und Croup 6 (9), Keuchhusten 3 (4), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 158 (123), der Tagesdurchschnitt 22.6 (17.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 29.2 (22.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.7 (16.6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.7 (14.7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Adamkiewicz, Prof. Dr. Albert, Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Infarct des Rückenmarkes. Wien, 1890. 4 M.

Becker, Dr. L., Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbs-Unfähigkeit nach Verletzungen. 2. Aufl. Berlin, 1889. 3 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.